

Année 1962

N° 1258

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)
par

CLEMENT François Henri

né le 26 Septembre 1935 à RIOM (Puy de Dôme)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 1962

DES TUMEURS MUSCULAIRES DU RECTUM :

LEIOMOMES ET LEIOMYOSARCOMES

A PROPOS D'UNE OBSERVATION

Président : Monsieur le Professeur J.L. LORTAT-JACOB

LES EDITIONS DE L'U.E.M.P.

174, Bd St-Germain

PARIS 6ème

Année 1962

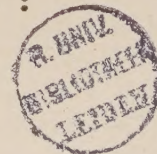
N°

T H E S E
pour le
D O C T O R A T E N M E D E C I N E
(Diplôme d'Etat)
par

CLEMENT François Henri
né le 26 Septembre 1935 à RIOM (Puy de Dôme)
Externe des Hôpitaux de Paris

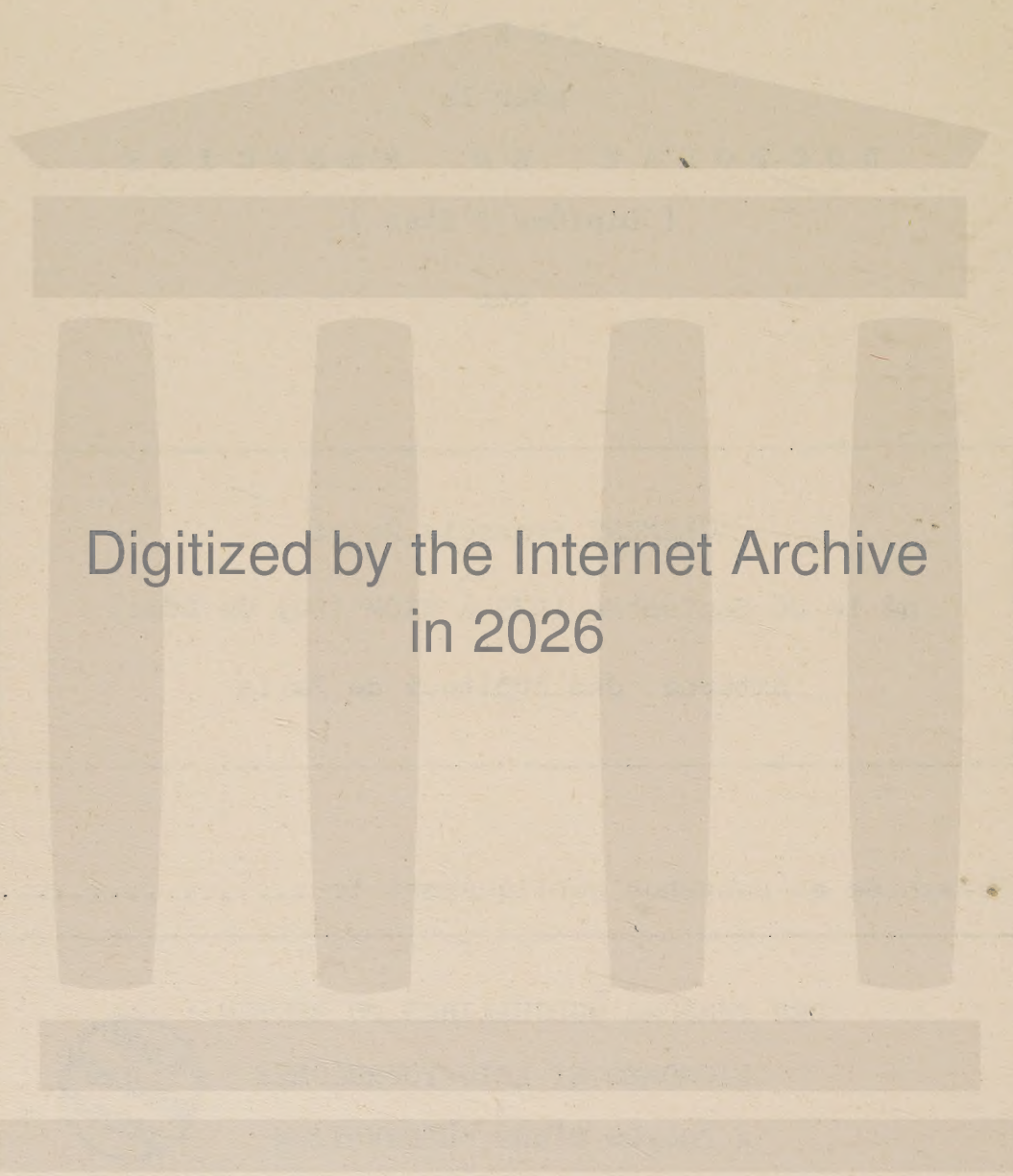
Présentée et soutenue publiquement le 1962

DES TUMEURS MUSCULAIRES DU RECTUM :
LEIOMOMES ET LEIOMYOSARCOMES
A PROPOS D'UNE OBSERVATION



Président : Monsieur le Professeur J.L. LORTAT-JACOB

LES EDITIONS DE L'U.E.M.P.
174, Bd St-Germain
PARIS 6ème



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550221_0019

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T), Aubin (A), Bénard (H), Bulliard (H), Cadenat (F.), Chabrol (E), Champy (C.) Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Sénèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYENLéon BINET
Membre de l'institut

1er ASSESSEUR (Jean VERNE
2ème ASSESSEUR (Gaston CORDIER

1. - PROFESSEURS

1°) - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) - Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT(P.)
Biologie médicale.....	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière) ...	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
	BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale.....	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) - Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
	POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive.....	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2°) - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) - Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
(Beaujon	LORTAT-JACOB (J-L)
(Cochin	LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales ..(Pitié	CORDIER (G.)
(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
(Salpêtrière	SICARD (A.)
(Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants	
Malades).....	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)...	MERLE D'AUBIGNE(R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais).....	GAUDART D'ALLAINES (F.de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (St-Anne)....	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
(Boucicaut	LENEGRE (J.)
(Broussais	SOULIE (P.)
(Cochin	JUSTIN-BESANCON (L.)
Cliniques médicales	
(Cochin	BROUET (G.)
(Hôtel Dieu	BARIETY (M.)
(Lariboisière	SEZE (S. de)
(Pitié	DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie	
(Bichat)....	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la	
nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)

Cliniques obstétricales ... (Baudelocque	LACOMME (M.)
(Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière).....	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau).....	TURPIN (R.)

b) - Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

11. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES
ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.)	Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf.
	COUINAUD (C.)		BOURILLON (R.)
	GILLOT (C.)		CARTIER (P.)
	OLIVIER (G.)		DREYFUS (J.Cl.)
	GAUTHIER-VILLARS		GONNARD (P.)
(Melle P.) pr. s. ch.	ABELANET (R.)		KRUH (J.)
	BUSSE (F.)		JEROME (H.)
	CHOMETTE (G.)	Biologie appliquée à	
Anatomie	GOUYGOU (Ch.)	L'Education Physique et	
pathologique	m.conf.	aux Sports	PLAS (F.)
	NEZELOFF (Ch.)		BOIRON (M.)
	ORCEL (L.)		DENOIX (P.)
	PAILLAS (J.)	Carcinologie	MATHE (G.)
			SELIGMANN (M.)
Anesthésiologie ..	KERN (E.)		CIVATTE (J.)
	VOURC'H (G.)	Dermato-Syphiligraphie ..	DUPERRAT (B.)
	BARBIER (P.)		LEDoux-LÉBARD(G)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Electro-Radiologie	BESSIS (M.)
	LE MINOR (L.)		BILSKI-PASQUIER(G)
	TOURNIER (P.)	Hématologie	DAUSSET (J.)
			DUHAMEL (G.)

	COUJARD (R.) pr. s. ch.		GARNIER (H.) GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de)
Histologie	MAROIS (M.) RACADOT (J.)	Pathologie chirurgi- cale (suite)	GERMAIN (A.) IATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Hydrologie	BESANCON (F.) CORNET (A.) BOYER (J.) pr. s. ch.		
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST(MmeL.) SAPIN-JALOUSTRE(H)		
Maladies infectieuses.	BASTIN (R.) DUPONT (V.) DEROBERT (L.) pr. s. ch.	Pathologie exotique...	SCHNEIDER (J.) BENHAMOU (J.P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LOEPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Médecine légale	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)	Pathologie expérimen- tale	LOEPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Médecine du travail ..	ALBAHARY (C.)		
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.)		AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRETIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ETIENNE (J.P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) IAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Obstétrique	MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.) BREGEAT (P.)		
Ophtalmologie	DUBOIS (A.) SARAUX (H.) JUDET (R.) MEARY (R.)	Pathologie médicale ...	
Orthopédie	POSTEL (M.) RAMADIER (J.)		
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)		
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.) BARCAT (J.) BINET J-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Cl.) DUBOST (Ch.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.)		
Pathologie chirurgi- cale		Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

MM.

MM.

Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)	Psychiatrie	PICHOT (P.) DENIKER (P.)
	BARRES (G.)	Psychiatrie infantile ..	DUCHE (D.)
	DEJOURS (P.)		FLAVIGNY (H.)
	DURAND (J.)		LAPRESLE (J.)
Physiologie	GIRARD m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	HUGELIN (A.)		CERNEA (P.)
	SCHERRER (J.)	Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
	CHANTEUR (J.)		m. c. agr.
	GOUGEROT (L.)		GRELLET (M.)
Physique médicale	m. conf. pr. s. ch.		CHASSAGNE (P.)
	GREMY (F.) m. conf.	Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
	MILHAUD (G.)		MARCHE (J.)
	PELLERIN (P.)		AUVERT (J.)
	ROUCAYROL (J-C1)	Urologie	MOULONGUET (A.)
	TUBIANA (M.) m. conf.		QUENU (L.)
	KREIS (B.)		
Pneumo phtisiologie	MEYER (A.) RENAULT (P.)		

III - PROFESSEURS DANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.) ABOULKER (P.)	Clinique ophtalmologique ..	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale..	AMELINE (A.) VERNE (J.M.)	Clinique oto-rhino-laryn- gologique	MADURO (R.)
	PERRAULT (M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique ...	BARUK (H.)
Clinique obstétricale ..	GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. - PROFESSEURS DETACHES
DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	HUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE : BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque - Conservateur du Mu- sée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Melle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Melles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J.L. LORTAT-JACOB

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

Membre de l'Académie de Chirurgie.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

- Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.
- Qu'il veuille bien recevoir nos respectueux remer-
ciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR Henry G. ROBERT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
Chirurgien-assistant de la clinique Gynécologique de
la Faculté-Hôpital BROCA.

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette
thèse.

Qu'il soit assuré de notre profond respect et de
notre reconnaissance pour la bienveillance avec
laquelle il nous a accueilli.

A MES MAITRES D'EXTERNAT

Monsieur le Docteur A. MEYER, Professeur Agrégé

Monsieur le Professeur B. FEY

Monsieur le Docteur J. MIALARET

Monsieur le Docteur J. LEREBoullet

Monsieur le Docteur A. MATHIVAT

Monsieur le Docteur M. BOLGERT

Monsieur le Professeur S. de SEZE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. VAYRE

Chef de Clinique Chirurgicale
Professeur à la Faculté

Qui a bien voulu nous aider dans la réalisation de cette thèse,

En témoignage de notre gratitude...

A MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

Qu'ils trouvent là un bien modeste témoignage de
mon affection.

DES TUMEURS MUSCULAIRES DU RECTUM :

LEIOMOMES ET LEIOMYOSARCOMES

A PROPOS D'UNE OBSERVATION

Pour rares qu'elles soient, les observations de léiomyomes du rectum n'en revêtent pas moins un certain intérêt. Ayant eu l'occasion d'en opérer un cas à la Clinique Gynécologique, nous désirons rapporter la curieuse histoire de cette malade dont voici l'Observation.

En Juin 1951 - Pour la première fois cette femme de 58 ans est alertée par une constipation sévère avec rectorragies. Ces troubles digestifs isolés persistent jusqu'en Janvier 1952.

En Janvier 1952 - Elle consulta dans le service où l'on constate une grosse masse pararectale droite fixée avec une importante réaction inflammatoire. Il n'y a pas de rétrécissement de la lumière rectale. L'état général était excellent et l'on décide une intervention par voie transanale.

- Le 21 Janvier 1952 : INTERVENTION (R. PALMER)

Dilatation anale : on voit très bien une masse de la paroi rectale droite à peine saillante avec en son milieu un aspect suppurant, des bourgeons charnus et quelques esquilles osseuses. On résèque une partie de ces bourgeons et on peut énucléer une masse ostéoïde du volume d'oeuf de poule qui paraît située dans la cloison recto-vaginale.

On décide de limiter l'intervention à cette énucléation qui paraît complète.

Mèche iodoformée dans la cavité.

Les suites post-opératoires sont fort simples : ablation de la mèche le troisième jour, reprise du transit le quatrième jour. La malade quitte le service le septième jour.

L'examen histologique (De BRUX)

Révèle qu'il s'agit d'un véritable LEIOMYOME présentant de larges plages de métamorphismes hyalins avec de nombreuses calcifications et des pigments d'hemosidérine, témoin d'hémorragies anciennes. Il n'y a pas de signes de malignité. A la partie inférieure de la coupe, on trouve quelques glandes rectales et surtout une large zone suppurée nécrosée et inflammatoire. Mais

il est impossible de dire s'il s'agit d'un léiomyome de la paroi rectale ou de l'utérus.

Pendant trois ans, jusqu'en Juin 1955, la malade ne ressent plus aucun trouble. Les défécations sont normales. Les T.R. aux examens successifs sont normaux.

En Juin 1955 - Apparaissent quelques écoulements rectaux glaireux et purulents, tandis que au TR la paroi droite est un peu infiltrée (Fig.1).

A la fin de 1956 - Donc, quatre années après la première intervention, apparaissent trois petites rectorragies et en Décembre 1956, il est noté aux touchers pelviens une masse de la paroi rectale droite du volume d'une mandarine. Elle est mobile encombrant le vagin mais laissant la lumière rectale normale.

En Mai 1957 - La malade est revue par H. ROBERT. Les troubles fonctionnels rectaux se sont majorés : rectorragies, écoulements purulents, selles diarrhéiques abondantes.

A l'examen, on trouve une énorme masse polylobée, intéressant les parois antérieure et postérieure du rectum. Cette masse bloque complètement le pelvis notamment à gauche (Fig. 2 - 3 et 4).

La limite supérieure ne peut être appréciée; la limite inférieure est à 1 cm du sphincter anal. Cette masse est ferme, indolore, non mobilisable. On ne voit pas d'ulcération de la muqueuse rectale, le vagin, par contre, est presque comblé par le pôle antérieur de cette tumeur.

- Le 8 Juin 1957 - INTERVENTION (H. ROBERT)

AMPUTATION ABDOMINO-PERINEALE du rectum pour récurrence locale d'une formation déjà enlevée en 1952.

1/ Temps abdominal :

- Foie normal
- Péritoine normal
- Pas d'ascite
- Pas de ganglion.

Le temps abdominal est conduit très bas et il est rendu difficile par le gros volume de la tumeur, si bien que l'on sectionne sur clamps les ailerons du rectum sur place et que l'on renvoie l'hémostase à un temps ultérieur.

2/ Temps périnéal :

Exérèse au bistouri électrique sans aucune particularité. Fermeture complète de la plaie périnéale sur un drainage aspiratif étanche.

3/ Temps abdominal :

On pratique à ce moment l'hémostase définitive et la péritonisation. Etablissement de l'anus colique gauche et fermeture pariétale au nylon.

L'examen histologique :

Nodules de la face postérieure du vagin et rectum : la tumeur sous-péritonéale et la tumeur de la paroi rectale ont un aspect identique. Elles sont constituées par un LEIOMYOME typique avec quelques remaniements intersticiels. Oedème fibrosé. Aucun caractère de malignité.

Les suites post-opératoires sont extrêmement simples et la malade quitte le service au bout de trois semaines.

Elle est régulièrement suivie jusqu'en Octobre 1960, date à laquelle elle est en parfait état général, avec un fonctionnement normal de l'anus iliaque gauche.

Elle est considérée comme guérie, au prix d'une opération mutilante.

Mais en Juin 1961 - Le tableau est bien différent :

La malade consulte pour une asthénie importante et un amaigrissement de 9 kilos en deux mois. Elle est anoréxique, mais n'a aucune douleur, pas de diarrhée, pas de fièvre. La palpation abdominale révèle une tuméfaction épigastrique et sous-costale droite, arrondie, indolore, lisse, mobile à la respiration. On pense

à une affection hépato-biliaire, mais la radiographie des voies biliaires avec préparation montre que celles-ci sont normales dans leur morphologie et leur fonction.

Un transit gastro-duodénal et un lavement baryté ne montrent aucune altération pariétale. Par contre il apparaît à la lecture des différents clichés qu'il existe une tumeur sous-costale gauche refoulant l'estomac à gauche et abaissant la vésicule biliaire et le colon droit, c'est-à-dire que le diagnostic d'hépatomégalie est évident (Fig.5 et 6).

Par ailleurs, l'examen clinique est normal, l'abdomen plat, souple, indolore,; le toucher vaginal strictement normal. La vitesse de sédimentation globulaire et les épreuves hépatiques ainsi que la formule sanguine sont normales.

- Le 22 Juin 1961 - INTERVENTION (H. ROBERT)

Médiane sus-ombilicale : énorme foie distendu, renfermant une tumeur kystique dont la convexité effleure la surface du lobe droit. La coloration hépatique est normale. Il n'y a aucune périhépatite.

La lésion intra-hépatique est énorme, occupant tout le lobe droit et le lobe carré; seul le lobe gauche est intact, mais atrophique.

A la ponction, on retire du liquide hépatique. (Fig.7).

Après incision de la capsule du foie, on se rend compte qu'il existe une coque blanche, vasculaire, organisée, quoique circonscrivant une cavité du volume d'une tête. La cavité est ouverte, elle est libre, à parois lisses. Il n'y a aucune formation endokystique, ni vésicule, ni végétation.

On fait de multiples prélèvements pour examens histologiques. L'importance de la tumeur et l'atrophie du lobe gauche s'opposent à tout exérèse.

On suture le péritoine pariétal à la convexité du foie et, dans l'aire de cette extrapéritonisation, on met un gros drain.

Réfection de la paroi au nylon.

Notons que la totalité du reste de l'abdomen est normale.

Etude cytologique du liquide :

Sang très abondant. Quelques éléments inflammatoires. Débris cellulaires nécrosés.

Examen histologique (De BRUX) :

- 1/ Métastase d'un sarcome d'allure fibroblastique.
- 2/ Les coupes du rectum de la première intervention ont été revues. Il n'y a aucun signe de malignité.

Cette observation nous semble intéressante pour plusieurs raisons :

- a/ Parce que la symptomatologie est complète et correspond exactement aux manifestations décrites dans les diverses publications.
- b/ Parce qu'elle permet de discuter les problèmes évolutifs et thérapeutiques d'une tumeur considérée comme bénigne.
- c/ Parce qu'elle soulève la discussion des léiomyosarcomes et il n'est pas banal de constater que cette malade, guérie localement de sa tumeur initiale, va présenter dix ans après une métastase hépatique d'un sarcome d'allure fibroblastique. D'ailleurs, l'évolution de ce sarcome est singulière, puisque la malade reste en vie à ce jour (Juillet 1962), menant une vie réduite, mais sans douleur, conservant un drain dans la cavité hépatique, par où s'écoule une sérosité sanglante en petite quantité.

INTRODUCTION

De l'avis de tous les auteurs, les tumeurs malignes du segment ano-rectal sont habituellement d'origine épithéliale. Les tumeurs d'origine conjonctive sont beaucoup plus rares.

Hugo Molinares B., dans un article dérivé de sa thèse, donne une classification des tumeurs bénignes du colon et du rectum. La Bibliothèque de la Faculté de Médecine de l'Université de COLOMBIE nous a gracieusement transmis les deux documents, Thèse et Revue de la Faculté de Médecine. Nous tenons ici à leur témoigner nos sentiments reconnaissants.

Voici avec Hugo Molinares les tumeurs bénignes conjonctives que l'on peut rencontrer :

- A/ Fibromes :
 - Fibromyome
 - Fibromyxome
- B/ Myomes
- C/ Lipomes
- D/ Neurofibromes
- E/ Angiomes
- D/ Lymphangiomes

Seules nous intéresseront les tumeurs malignes, en rapport avec les Fibromes et Myomes ou Léiomyomes, à savoir fibrosarcomes et léiomyosarcomes.

Pour la classification des sarcomes du rectum, on peut se référer aux articles de Durante, Lapeyre, Chalier et Mondor, enfin de Bergeret et Boudreaux.

Ces deux derniers auteurs distinguent :

- Les formes mélaniques
- Les formes non mélaniques

Les tumeurs mélaniques forment un type à part. Le sarcome mélanique est considéré comme un épithélioma d'un type spécial, pigmenté.

Parmi les formes non mélaniques, Bergeret et Hepp distinguent deux groupes :

- Les tumeurs lymphopoiétiques, développées aux dépends du tissu hémolymphopoiétique :
 - . Lymphosarcome
 - . Lymphocytome malin
 - . Localisations rectales de la lymphogranulomatose maligne de Hodgkin.
- Les sarcomes fusocellulaires :
 - . Fibrosarcomes
 - . Léiomyosarcomes.

La correspondance maligne du léiomyome est typiquement le léiomyosarcome, mais on remarque que les auteurs classiques font des fibro et léiosarcomes deux variétés d'un même groupe : les sarcomes fuso-cellulaires.

HISTORIQUE

Comme le font remarquer dans leur thèse, d'abord en 1933 Poirier Adrien, puis en 1946 Chaquellle A., on peut distinguer deux périodes dans l'histoire des myomes, léiomyomes et fibromes du rectum.

- Une première période qui va de 1847 à 1879, où aucun examen histologique n'est détaillé.

- Une deuxième période, qui débute en 1879 où l'observation de Barnes donne les premières précisions histologiques.

Pour beaucoup d'auteurs, il semble que le premier cas publié soit dû à Carlier, de Roulers et Van der Epst, en 1881. Pour Swartzlander, la première description de tumeur du muscle lisse serait de Malassez, en 1872.

On trouve dans la thèse de Poirier une revue complète de toutes les tumeurs bénignes rassemblées jusqu'à 1933. Une seule fois, on peut relever une forme maligne : c'est en 1921 Hunt V.C. qui décrit une tumeur qui dégénéra et se montra être un sarcome.

Des travaux sur les sarcomes ano-rectaux avaient été déjà été publiés :

- en 1888, par Tuffier
- en 1902, par Muscatello
- en 1909, par Chuman
- en 1912-13, par Chalier et Bonnet.

Une étude complète a été publiée, en 1920, par Lapeyre "en un travail désormais classique" (Bergeret) qui pouvait rassembler trente observations probantes. Les conclusions de Lapeyre furent confirmées par le livre de Chalier et Mondor (1924).

Cette même année 1924, on vit la parution d'un long article de Durante, intitulé "Le sarcome du rectum , avec publication d'un cas de l'Hôpital Civil de Gênes", article que nous avons lu avec beaucoup d'intérêt.

En 1942, nous trouvons un article complet intitulé "Les sarcomes non mélaniques et tumeurs lymphoblastiques du rectum", par Bergeret et Boudreaux.

Quelques auteurs ont pu rassembler plusieurs cas :

- 1932, Rankin et Larson : 4 cas
- 1950, Anderson, Dockerty et Buie : 20 cas (10 léiomyomes et 10 léiomyosarcomes)
- 1960, Morson B.C. : 14 cas

En fouillant la littérature, nous avons trouvé un certain nombre d'observations mais essentiellement des cas isolés, presque chaque année depuis 1930 :

- 1930, Oberling et Huguenin
- 1931, Mornet et Delarue
- 1932, Rankin et Larson
- 1934, Norbury Geschikter
- 1941, Golden et Stout
- 1943, Bacon et Scheffer
- 1944, Jackman et Buie
- 1948, Goldman et Marbury
- 1948, Adelson et Newcomb
- 1950, Oppenheim et O'Brien : "Léiomyome malin du rectum"
- 1951, Hines et Riddler
- 1952, Zvi Neuman : "Léiomome récidivant sur un mode malin"
- 1953, Mc Eachern et Arata
- 1955, Osmond et Mautz
- 1955, Campanale et Cavanagh
- 1956, Roux, Negre et Mimran
Stoller et Weinstein
Swartzlander et Jackman
- 1958, Jay J.B.
- 1959, Gordon et Segel
Sanger et Leckie
- 1960, Brown, Segal et Hurd
- 1961, Thorlakson et Ross.

I - FREQUENCE

En reprenant les propositions du chapitre introduction :

1/ Rareté des tumeurs d'origine conjonctivale

Durante, par exemple, trouve 14 sarcomes pour 1377 cancers épithéliaux.

2/ Rareté des formes non pigmentées, par rapport aux formes mélaniques.

- Chalier, en 1912, dénombre 63 cas de formes mélaniques pures, contre 27 formes non pigmentées.
- Durante, en 1924, citant un cas de sarcome non pigmenté, trouve 66 cas de sarcomes mélaniques et 32 cas de sarcomes non mélaniques.

3/ On conçoit le peu de fréquence des Myosarcomes du rectum :

- N. Lapeyre, en 1920, revoyant la littérature, groupait 30 "observations probantes" de sarcomes du rectum.
- A. Bergeret, en 1942, dénombre 40 cas retrouvés dans la littérature. Mais il ne précise pas la proportion des léio-myosarcomes parmi ces sarcomes "dits vrais". Et, à ce propos, il faut tenir compte de l'opinion de cet auteur. En revoyant la littérature, il compte 13 cas de myosarcomes contre 27 sarcomes fuso-cellulaires : "La prédominance apparente des fibrosarcomes tient à ce que nous avons groupé à la fois les observations déjà anciennes, relatées par Lapeyre, et les observations postérieures à 1920. Or, si nous nous en tenons uniquement à des documents récents, correspondant à une époque où les travaux des anatomopathologistes ont bien mis en évidence les caractères jusque là méconnus des tumeurs malignes des fibres musculaires, que trouvons-nous ? Treize sarcomes fusocellulaires et douze myosarcomes, chiffres pratiquement identiques qui nous montrent bien la fréquence réelle de ces dernières tumeurs"

- Goldman et Marbury, en 1946, donnent les proportions suivantes :
 - . sur 200 à 250 sarcomes, 1 est d'origine rectale
 - . sur 200 tumeurs rectales, 1 est un sarcome
 - . sur 50 cas de sarcomes rectales, 8 myosarcomes.
- Fréquence encore plus faible pour Jackamn et Buie, mais en précisant qu'il s'agit d'une étude portant sur des nodules sous-muqueux du rectum : 2,1% de léiomyomes.
- En 1947, Dukes trouve seulement 2 cas de léiomyosarcomes 2.200 pièces opératoires de tumeurs rectales.
- Morson, au Saint Mark's Hospital de Londres, sur 25 ans, a dénombré 14 cas de léiomyosarcomes.
- Anderson P.A., Dockerty M.B., et Buie L.A., à la Mayo Clinic, en 35 ans, entre 1911 et 1946, comptent 10 cas de léiomyosarcomes et 10 cas de léiomyomes.

Nous concluons avec Gordon et Segel :

" Le léiomyosarcome du rectum est rare. Il est admis qu'il survient une fois sur trois mille tumeurs rectales".

2 - AGE, SEXE et RACE

Age :

- Anderson :

- . Tumeurs bénignes : malade - le plus jeune : 28 ans
- le plus âgé : 61 ans
âge moyen : 47 ans

- . Tumeurs malignes : malade - le plus jeune : 34 ans
- le plus âgé : 76 ans
âge moyen : 54,5 ans

- Bergeret et Hepp : "peuvent se voir à tout âge mais surtout entre 40 et 60 ans".
- Goldman et Marbury : L'âge moyen est d'environ 45 ans, mais des cas sont rapportés entre les âges de 35 et de 81 ans.
- Osmond : L'âge moyen variait entre 34 et 76 ans.
- Stoller et Weinstein : Age moyen de 50,7 ans avec des extrêmes entre 17 et 79 ans.

Aucun cas de signaler chez l'enfant.

Sexe

Les lésions bénignes semblent affecter en premier lieu les femmes et les malignes prédominer chez les hommes.

- Anderson, qui publie 20 cas de tumeurs musculaires du rectum, trouve : sur 10 léiomyomes bénins - 7 femmes
3 hommes
sur 10 léiomyosarcomes - 7 hommes
- 3 femmes

Donc un chiffre exactement inverse.

- Bergeret et Boudreaux : "sur 29 cas (de sarcomes), dont le sexe est précisé, nous trouvons 20 hommes contre 9 femmes".
Et plus tard, Bergeret avec Hepp écrit, au sujet des sarcomes fusocellulaires et variété voisines : "toutes proportions gardées, plus fréquentes chez l'homme que chez la femme".

- Goldman et Marbury : Les sarcomes sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, à raison de 5 pour 1.
- Osmond : d'après une analyse portant sur 20 cas valables de léiomyosarcomes du rectum, trouve : 15 hommes et 6 femmes.
- Morson B.C., cité par Thorlakson, dans son livre "Cancer du rectum", sur 14 cas de léiomyosarcomes du rectum :
 - . 10 hommes
 - . 4 femmes.

Race

Dans les cas publiés de sarcomes du rectum, la race blanche est prédominante, nous n'avons retrouvé qu'un seul cas chez un noir.

3 - CAUSES DE PREDISPOSITION

Il est difficile de trouver des documents sur l'existence de cause locale prédisposant à la survenue de sarcomes ano-rectaux. La métaplasie des polypes dits ainsi bénins (adénome, fibroadénomes) n'est prouvée par aucun rapport certain.

De la fréquente préexistence ou concomitance de nodules hémorroïdaires, on ne peut relever aucune relation causale sûre.

Beaucoup plus important est le problème de la transformation maligne d'un léiomyome. On sait que, au niveau de l'utérus, il est possible de suivre la transformation sarcomateuse d'un ou plusieurs fibromes existants, mais dans l'intestin, où les tumeurs uniques sont la règle, il est à peu près impossible de savoir si un léiomyosarcome a pris origine dans un myome bénin ou a été malin, dès le début.

Le véritable problème se situe alors au sujet des myomes récidivants, car ce sont pour eux que se posent les indications opératoires. Golden et Stout disent : "A l'exception des tumeurs pédiculées, la possibilité de récidives n'est pas commandée par la bénignité ou la malignité de l'aspect histologique".

Bergeret et Bourcreaux se sont penchés sur le problème en l'intitulant "Fibromyomes récidivants ou sarcomes d'évolution torpide". Ces auteurs citent deux cas : un malade de Verne Hunt, âgé de 68 ans, et un cas cité par eux-mêmes.

Cas de Hunt : Il s'agit d'un volumineux fibromyome histologiquement bénin qui fut traité par ablation locale. Un an après la tumeur récidiva, sous forme de petits nodules sessiles dont la biopsie affirme la nature sarcomateuse.

Cas de Bergeret : Masse sous-muqueuse dont la biopsie montra en même temps que la bénignité, la nature fibromyomateuse, laquelle est confirmée, par un examen anatomopathologique sur la pièce d'exérèse locale. 15 mois après, récidive locale et exérèse limitée. Un an et demi après, nouvelle récidive qui entraîne une amputation du rectum. L'examen histologique fait évoquer le sarcome.

Bergeret cite les faits; il ne conclue pas, mais fait remarquer que "dans les deux cas, il s'agissait de tumeurs se présentant comme des fibromyomes".

La littérature révèle peu de cas semblables.

L'observation publiée par Neuman en 1952 est la seule que nous ayons retrouvée. Là encore il s'agit d'une masse nodulaire qui subit une exérèse locale et se montra à l'examen histologique myomateuse et fibromyomateuse en 1942. En 1946, la tumeur récidivait et se montrait de nouveau myomateuse et fibromyomateuse. De nouveau exérèse locale mais incomplète du fait d'adhérences. En 1949, soit 7 ans après la première manifestation, nouvelle récidive qui se révèle léiomyosarcomateuse.

On peut faire remarquer que, dans l'observation que nous publions, si le premier examen histologique montrait un aspect de léiomyome typique, les coupes pratiquées dans la pièce opératoire enlevée pour récidive indiquaient une légère modification : le léiomyome typique avait subi "quelques remaniements intersticiels avec oedème fibrosé".

Il est difficile de conclure mais intéressant de noter le rapport entre léiomyome, fibromyome et passage à la malignité.

4 - SIEGE

Les léiomyomes et les léiomyosarcomes peuvent survenir n'importe où dans le tractus gastro-intestinal - La localisation rectale est rare - Ces tumeurs sont retrouvées deux fois plus fréquemment dans l'estomac que dans l'intestin grêle, le colon et le rectum réunis.

Excluant les tumeurs oesophagiennes, l'incidence des tumeurs myomateuses, bénignes et malignes, du tractus intestinal est approximativement comme suit, d'après Anderson, Kockerty et Buie :

- estomac : 65%
- intestin (comprenant le diverticule de Meckel) : 25%
- colon : 3%
- rectum : 7%

Si on recherche la proportion des tumeurs léiomyosarcomateuses, il est très difficile de se faire une opinion, cette tumeur restant une rareté.

Anderson, à la Mayo Clinic, estime que :

- La grande majorité des néoplasmes de l'estomac sont bénins.
- 80% de ceux qui se manifestent dans l'intestin grêle sont malins.
- 50% des tumeurs du muscle lisse du rectum apparaissent bénignes et
- 50% malignes

Geschickter C.F., dans une série de son laboratoire de pathologie chirurgicale, retrouve un cas dans l'estomac, un cas de l'iléon et un cas du rectum. Il cite d'Aunoy et Zoeller - Sur 335 sarcomes gastriques, les myosarcomes forment 6% de la série entière - et Klages qui, sur 128 cas de la littérature de tumeurs myogénétiques bénignes et malignes, trouve seulement 20 myosarcomes dont seulement 1 cas du rectum.

1/ La position de la tumeur par rapport au rectum

Dans de nombreux rapports, la position exacte ou même approximative, n'est pas mentionnée.

Morson B.C., cité par Thorlakson :

- 10 des 14 tumeurs étaient dans le 1/3 inférieur du rectum.

2/ La position de la tumeur par rapport aux parois du rectum
Lapeyre disait que les parois antérieures et latérales du rectum étaient le siège le plus fréquent de l'atteinte néoplasique.

Bergeret, reprenant les observations de Lapeyre, trouve une fréquence égale d'atteinte de toutes les parois; mais une étude de 20 cas récente dénombre :

- 8 atteintes antérieures (dont 2 antéro-latérales en croissant)
- 6 atteintes latérales
- 4 atteintes postérieures seulement
- 2 atteintes circulaires

Bergeret et Hepp, dans un article classique, affirment que les sarcomes fuso-cellulaires et variétés, dont le léiomyosarcome, siègent "électivement sur la face antérieure ou antéro-latérale".

Si nous nous référons à la littérature étrangère, nous trouvons des contradictions :

- Durante, d'après une statistique de Chuman :
 - . 18 fois : paroi postérieure
 - . 3 fois : paroi antérieure
 - . 3 fois : paroi latérale
- Stoller et Weinstein, en 1956, sur 16 cas :
 - . 10 sur la paroi postérieure
 - . 6 sur la paroi antérieure
- G. Roux, E. Nègre et R. Mimran, reprenant l'article de Anderson, cherchent les signes différentiels entre léiomyomes et léiomyosarcomes :

<u>Léiomyomes</u>		<u>Léiomyosarcomes</u>	
5 cas :	origine de la paroi antérieure.	Cas 1 -	Paroi latérale
3 cas :	origine de la paroi latérale	Cas 2 -	Paroi postérieure
2 cas :	origine de la paroi postérieure	Cas 3 -	Paroi postérieure
		Cas 4 -	Paroi latérale gauche
		Cas 5 -	Non précisée
		Cas 6 -	Paroi postérieure
		Cas 7 -	Paroi non précisée
		Cas 8 -	Paroi postérieure
		Cas 9 -	Paroi postérieure et droite
		Cas 10 -	Paroi latérale droite

Il semblerait donc que le léiomyome siégerait surtout sur la face antérieure du rectum et le léiomyosarcome sur la face postérieure.

Conclusion :

Au total, en aucun cas le siège antérieur ou postérieur de la tumeur ne peut faire présumer de la nature maligne ou bénigne.

Mais le siège bas situé tout contre la ligne cutanééo-anale doit au plus haut point faire redouter la nature sarcomateuse.

5 - MORPHOLOGIE

Dans l'étude de la morphologie, nous nous attacherons à préciser les éléments différentiels entre léiomyomes et léiomyosarcomes, tout en sachant la valeur très contingente de ces différences.

- 1/ Le premier point qui peut frapper est la différence de taille. Toutes les tumeurs bénignes, citées par Anderson, étaient petites. Elles variaient entre 5 mm et 5 cm de diamètre. Le diamètre moyen étant d'environ 1 cm.

Les tumeurs malignes variaient beaucoup en taille. De petits spécimens avaient comme des tumeurs bénignes 2 cm de diamètre, mais on en trouve de beaucoup plus grandes. Le plus grand léiomyosarcome avait 8 x 5 x 5 cm. Il s'agit donc d'une taille supérieure à celle des tumeurs bénignes, mais dans l'ensemble la taille reste modérée. En prenant des comparaisons, l'aspect des léiomyosarcomes varie de la noix à l'oeuf de poule et au pamplemousse, les léiomyomes ne dépassant pas un oeuf de poule.

Il faut ajouter que cette constatation ne saurait guère servir à appuyer de façon certaine un diagnostic de nature, car il est certains léiomyomes bénins qui atteignent des dimensions considérables, se révélant alors par des troubles de compression des organes voisins dans le pelvis.

Mais dans l'ensemble, une tumeur volumineuse doit faire craindre la malignité.

Un autre aspect : Le myome récidivant. S'il apparaît, peu de temps après l'exérèse locale d'un léiomyome bénin, une tumeur volumineuse, on a tout lieu de craindre que ce soit une forme dégénérée. La malade de Neuman, en 1942, présentait une tumeur de 5 x 3 x 2 cm. Il s'agissait d'un léiomyome. En 1946, 4 après, récidive sous forme intitulée myome et fibromyome, de la taille d'une cerise. En 1949, 2 ans 1/2 après, la tumeur est trouvée de la taille d'un oeuf et il

s'agit d'un léiomyosarcome. Donc, devant une récurrence de croissance rapide et importante, il faut penser à la tumeur maligne, ce qui d'ailleurs est une règle générale en carcinologie. Chez notre malade, lors de la récurrence, découverte en fin 56, la tumeur a le volume d'une mandarine et, en Mai 57, la masse est énorme, occupant tout le pelvis.

2/ Le nombre de tumeur est aussi à considérer :

L'ensemble des observations citent des tumeurs uniques. Il s'agit dans les léiomyomes, comme dans les léiomyosarcomes, au tout début, d'un nodule sous-muqueux.

On trouve très peu d'observations de léiomyomes multiples; Hunt cite une récurrence donnant de nombreuses petites tumeurs sessiles.

Rares sont les cas (Exner) dans lesquels le sarcome se présente sous l'aspect de petites tumeurs multiples séparées par des lambeaux de muqueuse saine, ou comme une grande tumeur centrale, entourée de plus petites (Matin, Rivers, Dainville, Tuffier, cités par Durante).

Anderson, dans le cas 6 publié, décrit juste à côté d'un léiomyosarcome de 5 cm de diamètre, un léiomyome bénin sous-muqueux de 1 cm de diamètre, donc association tumeur bénigne et maligne.

Hines et Riddler : Association d'un polype qui se révéla être un adénocarcinome et dans un abcès ischio-rectal subaigu, d'une tumeur polypoïde qui se montra être un léiomyosarcome.

3/ La couleur

Dans les formes non mélaniques de sarcomes, la couleur est souvent rouge vineuse, avec des tâches de pointillés plus foncés, qui représentent des foyers d'hémorragies, mais cet aspect semble plutôt caractéristique des sarcomes à une phase ulcérée.

Le plus souvent, au début, la tumeur apparaît recouverte de

muqueuse saine, souple, normale comme un petit nodule et rien ne laisse présumer de sa nature.

Enucléée, la tumeur apparaît alors blanche nacrée à brun rougeâtre, selon son plus ou moins important degré hémorragique.

4/ L'aspect général

"Tumeur ferme, dure, élastique, résistante, différent de l'infiltration épithéliomateuse, à moins que des phénomènes de nécrose ou d'oedème au voisinage d'une ulcération ne la rendent parfois friable. Mais jamais la tumeur ne présente cette consistance de mollesse élastique que l'on rencontre dans les lymphosarcomes, ainsi que Bensaude l'a bien montré" (Bergeret).

5/ La forme

Il est important de préciser que l'évolution anatomique va modifier la forme des sarcomes.

Les tumeurs sont, en général, décrites comme des masses arrondies ovoïdes de surface mamelonnée.

Nous donnons dans le tableau suivant, outre la forme générale, des précisions sur l'état de la muqueuse.

: <u>10 Léiomyomes</u>	: <u>10 Léiomyosarcomes</u>
: - Les 10 sphériques	: Cas 1 - Bien circonscrite
: encapsulés	: irrégulière de forme
: - 8 fermes en consistance	: non encapsulée
: 2 molles	: ulcération cratériforme
: - Couleur variant de blanc à	: de 4 cm de profondeur
: blanc rougeâtre	: Cas 2 - Taille d'un oeuf (155 gr)
: - 7 se présentaient comme des	: ferme en consistance
: nodules sous-muqueux	: encapsulée
: - Dans 9 des 10 cas, la muqueuse	: muqueuse non ulcérée
: sus-jacente était ulcérée, mais	: ne s'étendait pas dans la
: librement mobilisable	: lumière rectale mais s'é-
:	: tendait en arrière.

.../..

:Aucune de ces tumeurs n'adhé-
:rait aux organes voisins.
:- Toutes étaient petites (en-
:tre 5 mm et 5 cms)

- : Cas 3 - Taille d'un pamplemousse :
: consistance molle :
: brunâtre :
: muqueuse non ulcérée :
: envahissement en arrière :
: et périphérique. :
:
: Cas 4 - Masse sous-muqueuse :
: lisse, lobulée, 4x5x3cm :
: ferme :
: grisâtre :
: mobile bien encapsulée :
: muqueuse non ulcérée :
:
: Cas 5 - Tumeur lisse, ferme (à :
: la coupe) :
: brunâtre :
: encapsulée :
: muqueuse non encapsulée :
:
: Cas 6 - Lisse 5 x 5 x 4 cm :
: brun, grisâtre :
: muqueuse ulcérée (2cm de :
: diamètre) :
: association d'l léiomyo- :
: me bénin. :
:
: Cas 7 - Masse ulcérée :
:
: Cas 8 - Lisse, 8 x 4 x 4 cms :
: muqueuse ulcérée (2 cm :
: de diamètre) :
: pointait dans la lumière :
: rectale. :
:
: Cas 9 - Lobulée, 12 x 10 cms :
: très ferme :
: brunâtre :
: encapsulée, se "décorti- :
: ca" facilement :
: muqueuse non ulcérée :
: ne pointait pas dans la :
: lumière rectale :
:
: Cas10 -Petite orange :
: ferme :
: mobile, mais infiltrée, :
: encapsulée :
: brunâtre :
: muqueuse ulcérée (2 cm :
: de diamètre) :
: débordait dans la lumiè- :
: re rectale. :
-

En comparant ces descriptions, empruntées à Anderson, seuls points différentiels :

- La taille des tumeurs
- Les adhérences aux éléments voisins.

Ni la forme générale, ni la couleur, ni la consistance, ni la localisation, ni l'ulcération de la muqueuse ne sont des arguments différentiels.

Bergeret décrit les différents types de sarcome qui d'après les observations consultées, correspondent parfaitement aux léiomyosarcomes. Chalié et Mondor, à la suite de Lapeyre, distinguaient une forme sessile et une forme pédiculée. Bergeret écrit :

"Il nous semble plutôt qu'on puisse reconnaître trois types de tumeurs : un premier type infiltré, sténosant, épaississant les tuniques rectales; un deuxième type caractérisé par la présence d'une masse sessile, lobulée, circonscrite; un dernier type caractérisé par la pédiculisation de la tumeur : type polypoïde et non pas polype pur, car le pédicule de la tumeur est, en pratique, toujours large et si la masse prolabée, entraînée par son poids et les efforts de défécation, peut devenir volumineuse, elle n'est qu'une émanation de la tumeur principale située dans l'épaisseur des tuniques rectales".

L'opinion de Durante à ce propos est la même : le sarcome du rectum se présente habituellement à l'observation clinique "comme une masse unique, de volume variable, allant d'une petite noix à une orange, de surface mamelonnée, bien circonscrite et individualisée, sessile dans la proportion de 70%".

Les quelques observations de tumeurs à leur début les montrent comme un nodule libre sous une muqueuse intégrale. Et cependant dans la grande majorité des cas, la muqueuse présente déjà une ulcération à travers laquelle, selon l'expression de Sandrier, "la masse néoplasique paraît tendre à s'énucléer, à se pédiculer, à se prolaber sous l'influence des contractions du sphincter".

Durante ajoute que le siège topographique paraît sous-muqueux; et il est un fait que bon nombre de léiomyosarcomes se présentent sous cet aspect. Mais, comme le dit Bergeret, "le siège sous-muqueux assigné au sarcome débutant est loin d'être toujours la règle". Il est très possible s'il s'agit d'une tumeur développée aux dépens du lâche tissu conjonctif qui double intérieurement l'étui musculaire, s'il s'agit d'un sarcome fusocellulaire indifférencié. Mais une tumeur née de la dégénérescence des fibres musculaires elles-mêmes, un léiomyosarcome, pourra bien se développer à l'intérieur du cylindre musculaire et ne devenir sous-muqueux qu'ultérieurement, lorsque, après son accroissement, elle aura refoulé les tissus voisins".

Au total, deux points sont à souligner :

1) L'origine du léiomyosarcome n'est pas forcément sous-muqueux même si cliniquement il se présente avec tous les caractères d'un nodule recouvert de muqueuse saine ou même ulcérée. Il ne faut pas perdre de vue que cette tumeur peut prendre origine non seulement dans la muscularis mucosae, mais aussi dans les couches musculaires des vaisseaux sanguins bien que cette éventualité soit beaucoup plus rare.

2) L'ulcération de la muqueuse :

peut être due à un envahissement de cette tunique comme dans un épithélioma. Mais il semble qu'il faut faire une large part à un processus purement mécanique. La tumeur s'accroît, elle est le plus souvent entourée d'une capsule, elle presse sur la muqueuse qui finit par se déchirer, s'érailler. De plus, il s'agit d'une région exposée aux traumatismes minimes mais répétés (défécation, thermomètre); les efforts de défécation sont d'autant plus violents qu'un des premiers symptômes est une constipation, une difficulté d'aller à la selle provoquée par cette masse prolabante rétrécissant le calibre du canal anal. Enfin, il faut noter que l'ulcération est le plus souvent minime, non en rapport avec la taille de la tumeur volontiers volumineuse (Cf cas. 6.8.10 de Anderson).

En résumé, avec ces précisions, on peut retenir 3 types de léiomyosarcomes :

- a/ Les sarcomes infiltrants : ils sont rares.
- b/ Les sarcomes sessiles : donnant des masses arrondies, lobulées et en général bien circonscrites, c'est de loin le type le plus souvent rencontré, c'est la forme de début. Ils peuvent devenir très volumineux.
- c/ Les sarcomes polypoïdes : Il faut dire polypoïdes et non polypes, car il s'agit d'une véritable "émanation" d'une tumeur primitivement sessile. La tumeur entraînée par son poids et par les efforts mécaniques de la défécation tend à s'étirer et il se crée un pédicule grâce auquel la tumeur pénètre dans la lumière rectale et peut même s'extérioriser (Hines et Riddler).

Rapport avec le léiomyome bénin :

Mis à part la taille qui, pour Anderson, semble différencier léiomyome et léiomyosarcome, il ne semble pas ressortir de cette étude quelque point de diagnostic solide.

Ni le nombre, ni l'aspect général, ni la couleur, ni la forme ne sont particuliers aux tumeurs bénignes ou malignes. Caractère hémorragique et ulcération de la muqueuse ne sont pas non plus spécifiques.

6 - FORMES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Se rapportant aux aspects morphologiques vus précédemment, on distingue macroscopiquement :

- 1/ Les formes nodulaires, correspondant au type sessile.
- 2/ Les formes diffuses, très rares, réalisant les sarcomes infiltrant. La forme de sarcome diffus est affirmé avoir une individualité anatomo-pathologique par Durante qui dit en connaître 2 cas. Nous n'en avons trouvé aucun dans la littérature consultée.
- 3/ Les formes pédiculées que Quénu et Hartmann appellent "Polypes malins" et qui donnent le sarcome polypoïde.

Si on fait une coupe dans un léiomyosarcome, on est frappé par la fréquence des zônes hémorragiques. La tumeur est "dense, charnue, le plus souvent de teinte blanc rosé, parfois fibroïde".

Deux phénomènes caractérisent le léiomyosarcome, comme tous les autres aspects de sarcomes d'ailleurs :

- 1 - les hémorragies
- 2 - la nécrose

- 1/ Les zônes d'hémorragies se trouvent surtout en périphérie elles réalisent des tâches noirâtres qui peuvent en imposer pour un sarcome pigmentaire, une tumeur mélanique.
- 2/ Les phénomènes de nécrose sont volontiers médians et peuvent amener une véritable destruction de la structure tumorale. Bergeret cite le cas de Kallet et Saltzstein qui "énucléent d'une coque après incision de la muqueuse rectale, un magma de caillots et de débris néoplasique semblables à des grumeaux".

Brown et Ségat rapportent "le tissu tumoral était friable quoi que ferme avec un contour lobulé et irrégulier qui s'étendait dans les tissus lâches environnants. Sur les coupes, il existait une large plage centrale de nécrose qui contenait un exsudat purulent".

Par ailleurs :

3/ A propos de la capsule, malignes ou bénignes, ces tumeurs présentent souvent une capsule. Il faut signaler que même en cas d'ulcération de la muqueuse, on retrouve la capsule intacte; argument de plus pour une ulcération mécanique, non par invasion tumorale, car le léiomyosarcome reste bien limité enfermé dans sa capsule.

A l'inverse, certain sarcome se montre infiltrant; Anderson a recherché les connexions de la tumeur avec les tissus voisins. Des 10 cas de léiomyomes, 1 seul adhéraient à la muqueuse, tous étaient encapsulés, alors que des 10 léiomyosarcomes, 5 seulement étaient bien encapsulés et n'adhéraient pas aux éléments voisins.

4/ Au sujet de la vascularisation

On doit noter qu'il s'agit de tumeurs bien vascularisées; ceci explique leur tendance hémorragique et un potentiel aux métastases vasculaires précoces.

Dans certains cas, la vascularisation très importante crée de véritables formes téléangiectasiques. Mc Verry et Levene en 1956 citent un cas dans lequel un lavement baryté déclencha une telle hémorragie qu'elle nécessita une colectomie de sauvegarde.

5/ Enfin, certains auteurs insistent sur un aspect de dégénérescence hyaline pouvant réaliser un aspect pseudo-oedémateux.

ASPECT MICROSCOPIQUE

On a vu que très peu de signes permettaient de différencier léiomyosarcomes et léiomyomes et le choix va revenir à l'anatomopathologiste.

C'est dire combien cet examen revêt d'importance autant du point de vue thérapeutique que du point de vue pronostic.

Rappelons tout d'abord l'opinion de Roussy, Leroux et Oberling au sujet du léiomyome bénin.

"Le myome est formé de cellules musculaires lisses, c'est à dire de cellules allongées, fusiformes, à protoplasme éosinophile, striées, longitudinalement, à noyaux en boudins à bout coupé, en

bâtonnet, arrondis parfois et non fusiformes comme ceux du fibroblaste. Ces cellules constituent des faisceaux coupés tantôt en long, tantôt en travers. Dans ce dernier cas, la cellule apparaît sous forme d'un cercle centré par un noyau assez volumineux.

Certains léiomyomes sont très riches en vaisseaux, d'autres au contraire en sont presque dépourvus. Les troubles circulatoires au sein de ces tumeurs sont fréquents et peuvent en modifier profondément l'aspect : ils entraînent de l'oedème (aspect myxoédémateux), des hémorragies, des nécroses parfois étendues (pseudokystes), suivis de sclérose, de calcification ou même d'ossification".

Les mêmes auteurs nous serviront de guides pour l'étude histologique des léiomyosarcomes. Ce sont "parfois le résultat d'une transformation maligne d'un léiomyome préexistant, d'autres fois, ils peuvent se former d'emblée. Il est important de noter que certains léiomyomes peuvent se transformer en sarcome et se généraliser sans que ce fait se traduise par une modification structurale de ces tumeurs. Mais dans la majorité des cas, la nature sarcomateuse se révèle en dehors des irrégularités structurales habituelles et du nombre de mitoses, par des phénomènes de dédifférenciation des cellules musculaires qui aboutissent à la disparition complète des myofibrilles. Souvent même l'atypie cellulaire est poussée à un tel degré qu'il devient impossible d'affirmer l'origine musculaire, le léiomyosarcome se confond avec le sarcome banal".

En considérant ces deux définitions, deux sortes de problèmes vont se poser :

- 1 - Devant une tumeur myomateuse, reconnaître sa bénignité ou sa malignité, en sachant que "une modification structurale particulière de ces tumeurs" n'est pas nécessaire pour être un cancer.
- 2 - Devant un sarcome aux cellules "dédifférenciées", reconnaître son origine musculaire pour pouvoir dire léiosarcome.

1/ Le premier problème est très difficile à résoudre.

D'après Anderson : "Les degrés de malignité sont très variables".

Les tumeurs d'une faible malignité ressemblent au muscle lisse adulte en apparence et quelques unes demandent une étude très soigneuse pour mettre en évidence la malignité. La présence de mitoses anormales est d'un grand secours dans la décision du résultat.

Les tumeurs de malignité évidente montrent tous les critères de léiomyomes malins tels que les décrit Evans : "l'augmentation de taille des cellules tumorales qui apparaissent plus grosses et plus courtes avec des noyaux plus ovales, irrégularités dans la taille et dans la forme des cellules, manque de différenciation, coloration inégale et spécialement importante des noyaux, présence de cellules géantes, nombreuses mitoses normales et pathologiques, diminution des fibres du stroma, minceur et absence occasionnelle des vaisseaux sanguins".

Stout note l'apparence histologique bizarre de beaucoup de léiomyomes et a préconisé la prudence pour faire le diagnostic de sarcome à moins que des figures de mitoses soient nombreuses et l'invasion présente. Cependant, Ackerman considère que la cellularité excessive et la nécrose sont des signes de malignité. Il rapporte deux néoplasmes qui avaient une apparence microscopique de bénignité mais une évolution clinique maligne; ceci est bien le cas de notre observation.

On a voulu classifier le potentiel malin des léiomyosarcomes Golden et Stout estiment que le nombre relatif de mitoses est directement proportionnel au potentiel de croissance de la tumeur et établissent que si deux ou plus mitoses par champ de microscope au fort grossissement sont présentes, on peut dire que la tumeur est maligne. Cependant ils ont noté que quelques tumeurs cliniquement malignes avaient montré très peu de mitoses. On a ainsi codifié du stade I au stade IV.

En conclusion : il est très difficile de différencier le léiomyome bénin du léiomyosarcome au stade I.

2/ Quant au deuxième problème, l'étude histologique comparative des léiomyosarcomes et des sarcomes fuso-cellulaires ou fibrosarcomes nous montre que pratiquement seul l'aspect de la cellule permet de reconnaître l'origine musculaire de la tumeur.

La cellule caractéristique de tous ces sarcomes est fusiforme d'où le nom général qu'on leur donne de sarcome fuso-cellulaire. Cette cellule fusiforme possède "un noyau allongé souvent monstrueux, souvent en mitoses atypiques" (Bergeret).

Le critère permettant d'affirmer l'origine musculaire est la présence de Myofibrilles, mises en évidence par des colorants du cytoplasme acidophile.

En mettant en évidence ces myofibrilles, on affirme le Léiomyosarcome.

Mais d'autre part, Oberling et Huguenin, Mornet et Delarue y ont bien insisté, la dédifférenciation est quelquefois poussée si loin qu'il sera impossible de reconnaître des myofibrilles et on devra se contenter du diagnostic de tumeurs à cellules fusiformes, ce qui veut dire d'origine conjonctive donc le diagnostic de sarcome restera posé. "Ces tumeurs sont devenues tellement atypiques que leur origine n'est plus reconnaissable. On les confond avec des tumeurs à cellules fusiformes" (Oberling et Huguenin).

7 - HISTOPATHOGENIE

Geschickter donne en même temps que des notions d'embryologie une explication plausible de la plus grande fréquence des tumeurs du muscle lisse au niveau du système uro-génital que du système digestif.

Les structures musculaires du corps apparaissent très tôt chez l'enfant et dérivent du mésoderme. A la fin du premier mois de la vie embryonnaire, le mésoderme s'accroît depuis l'extrémité postérieure de l'embryon et se sépare en une masse cellulaire intermédiaire et une masse para-axiale et s'étend appliquée à la paroi du corps et au tube digestif.

Dans le mésoderme para-axial et dans la paroi primitive du corps se développent les muscles volontaires segmentaires.

Dans la masse de cellules intermédiaires, la musculature se développe en rapport avec les organes génito-urinaires.

En association avec le feuillet splanchnique appliqué contre l'intestin primitif, se développent les muscles du tube digestif, le coeur et les gros vaisseaux sanguins.

Les tumeurs sont extrêmement rares dans les muscles spinaux, la paroi du corps et des membres dérivés du mésoderme paraaxial. Cette rareté de formation tumorale est probablement en rapport avec l'extrême rapidité de différenciation. En accord avec Keith, aucune nouvelle fibre ne sera formée dans la musculature du squelette après la naissance, la croissance musculaire s'effectuant désormais par élargissement de fibres préexistantes.

D'un autre côté, les tumeurs sont très communes dans les muscles lisses des organes génito-urinaires développés à partir de la masse cellulaire intermédiaire. Ici, les processus de développement sont différés et modifiés en accord avec la physiologie sexuelle qui nécessite des changements très rapides dans leur structure.

Dans la musculature du tube digestif, comme dans celle du coeur et des gros vaisseaux sanguins, la fréquence des tumeurs apparaît en position moyenne. Des croissances ultérieures ne sont pas aussi rares que dans les muscles volontaires ni aussi fré-

quentes que dans la musculature des organes génito-urinaires.

Geschiakter donne un tableau qui rend compte de la rareté des léiomyosarcomes du rectum comme nous l'avons vu au paragraphe fréquence :

<u>Tumeur</u>	<u>Urogénitale</u>	<u>digestive</u>
Léiomyome	Utérus 5.900 Vagin 220 Vessie 48 Prostate 7 Rein 4	Tractus digestif 128 Intestin 45 Rectum 27 Estomac 19 Oesophage 28
Léiomyosarcomes	Utérus 54 Vessie 19	Tractus digestif 20 Estomac 1 Iléon 1 Rectum 1

Il s'agit de cas constatés par l'auteur, et non de chiffres proportionnels.

- Le point de départ de la tumeur

Il y a trois endroits à partir desquels la tumeur musculaire peut se développer :

- . La muscularis mucosae
- . Les couches musculaires longitudinales et circulaires
- . Les parois des vaisseaux sanguins.

Cependant les auteurs ne sont pas d'accord sur l'individualité des éléments cellulaires qui peuvent donner naissance à ces tumeurs conjonctives.

Il convient à ce propos de rapporter ce qu'écrit Oberling en 1929 : "Le dernier point intéressant réside dans une question de nomenclature. On pourrait soulever une objection au sujet du terme de "Sarcome" que nous adoptons ici. Montpellier en effet propose dans les tumeurs des muscles striés d'écarter comme mal fondé et prétendant à confusion le terme de sarcome .

Sans doute sommes-nous bien d'accord sur le fait que contrairement à la théorie ancienne de Wirschow, ce ne sont pas les éléments conjonctifs interfasciculaires du muscle normal qui sont

à l'origine de la tumeur mais celle-ci est bien dûe à la prolifération maligne des éléments musculaires, mais nous ne voyons nulle raison pour dénier à de telles tumeurs le qualificatif de "sarcome", ce terme étant pris, comme la plupart des auteurs l'admettent actuellement, dans le sens général de tumeur maligne d'une variété de tissu mésenchymateux, de même que le terme d'épithélioma désigne d'une façon générale toutes les tumeurs des tissus épithéliaux".

Ceci est important à souligner. Il faut envisager les sarcomes comme des tumeurs malignes du tissu mésenchymateux. Une parenté réelle existe entre léiomyosarcome, myosarcomes et fibrosarcomes. Ils ont en commun la cellule fusiforme qui a donné naissance au tableau conjonctif, au muscle lisse et au muscle volontaire et vers lesquelles ils vont tendre à revenir en subissant la transformation maligne.

"Les tumeurs du muscle lisse renouvellent l'histogénèse de leur structure". Les myomes bénins montrent des fibres musculaires allongées, ondulantes, développées à partir d'un stroma de cellules en fuseau représentant le mésenchyme. Dans les myomes subissant une transformation maligne, le sarcome est composé de ces cellules en fuseau dérivées du mésenchyme tassées fortement et entrelacées". (Geschckter).

- La tumeur est-elle primitive ou la transformation maligne d'une tumeur bénigne ? Ceci est un point délicat que le petit nombre de cas retrouvés dans la littérature ne permet pas de trancher.

Il est des cas où la tumeur semble avoir été dépistée très tôt et s'est révélée d'emblée un sarcome typique. Ailleurs, comme dans notre observation et celle de Neuman, la nature bénigne est indéniable, de par ses caractères cliniques d'une part, l'histologie d'autre part découvrent un sarcome. Il semble n'y avoir aucun critère histologique qui puisse permettre de présumer de cette transformation. Le problème est que certains ~~léiomyomes~~ myomes déterminés de nature bénigne et opérés n'ont pas récidivés et que les malades étaient guéris par une opération non mutilante.

Le potentiel des tumeurs myomateuses apparemment bénignes à se transformer en sarcome est indéniable et alors la vie du malade est en danger grave.

8 - MODIFICATION DE CALIBRE DE L'INTESTIN

Un aspect pronostique important de ces tumeurs est le retentissement sur la paroi intestinale et la lumière rectale.

Les épithéliomas ont souvent tendance à se manifester par des phénomènes occlusifs. Ceux-ci sont rares avec les léiomyomes et sarcomes. Il est fréquent de constater une augmentation de calibre de l'intestin. Durante explique ce fait par un "état de parésie" des tuniques musculaires qui, par suite de la diminution de la tonicité, se laissent plus facilement distendre'. Il est bon de noter que cette tendance à la dilatation de la lumière n'est pas propre au sarcome du rectum, mais est commune aux sarcomes de n'importe quel segment du tube digestif.

La tumeur rectale a une base d'implantation généralement limitée, les tuniques musculaires sont envahies seulement dans le sens longitudinal, les tissus aussi bien musculaires que conjonctifs sont dilacérés. Il se produit une véritable solution de continuité : autant de conditions contribuant à ne pas modifier de façon appréciable le calibre de l'intestin.

Il est vrai que certains auteurs parlent de sténose importante, circulaire; il doit s'agir de cas vus au stade terminal, où existent des phénomènes inflammatoires, surajoutés.

Enfin dans le cas de tumeurs qui prennent une taille énorme, peut se réaliser une obstruction complète. Kallet cite un néoplasme qui pesait 1.400 grammes.

Dans notre observation, on peut noter que en Janvier 1952, malgré la constipation et la constatation de la grosse masse para-rectale droite fixée par une importante réaction inflammatoire, il n'y a "pas de rétrécissement de la lumière rectale".

9 - INVASION DES TISSUS ET ORGANES VOISINS

Les rares observations de tout début, c'est à dire au stade de nodules sous-muqueux, montrent qu'il s'agit d'abord d'une maladie purement locale.

Mais le plus souvent on se trouve devant une invasion de la paroi rectale d'une part et, quand la tumeur a grossi, soit des espaces péri-rectaux en cas de développement excentrique, soit pénétration dans la lumière rectale en cas de développement intracavitaire.

Il est rare dans la période initiale de constater que la tumeur dépasse la périphérie des parois et infiltre le tissu périrectal. A une période plus avancée de la maladie, on observe diffusion et invasion. Il faut reconnaître une différence de pronostic selon que la tumeur aura un développement intracavitaire ou au contraire extrarectal :

1/ Se développant dans la lumière rectale, la tumeur aura tendance à se pédiculiser et se présentera comme un polype.

2/ Ailleurs restant sessile, la tumeur peut envahir la lumière et la dépasser ou se développer immédiatement dans l'atmosphère périrectale, mais dans les deux cas :

- Evolution vers le haut, refoule le péritoine et monte en position abdominale
- Evolution en arrière, buttant sur le sacrum et refoulant le rectum en avant. Bel exemple de Osmond et Mantz (1955) Fig.8.
- Evolution en avant, bombe dans le vagin comme dans notre observation, chez l'homme vient comprimer prostate, vessie et urètre (cas de Heller). La localisation dans le septum recto vaginal semble assez fréquente. Déjà en 1921, Hunt signalait un cas qui se présentait comme une masse supposée inflammatoire et qui excisée se montra à l'examen histologique un myome (Oppenheim et O'Brien 1950 - Segal et Huro en 1960). Fig.9
- Evolution en bas, refoulant et déformant le périnée.

10 - INVASION GANGLIONNAIRE ET GENERALE

Devant une tumeur myomateuse du rectum, l'éventualité d'une tumeur maligne fera rechercher une adénopathie.

La révision des cas qui renferment des indications à ce sujet montre que la découverte de ganglions pathologiques est relativement rare.

Durante dit "Dans cette forme de sarcome, il n'y a pas d'exemples sûrs d'invasion lymphatique même aux stades tardifs".

Anderson : "Dans cette série de 10 léiomyosarcomes du rectum, nous ne pûmes mettre en évidence aucune métastase aux ganglions lymphatiques bien que certains de nos malades moururent plus tard de sarcomatose abdominale".

Osmond : "A cause de la tendance à l'encapsulation, les métastases aux ganglions lymphatiques sont peu fréquentes" mais précise-t-il "il y a une tendance remarquable à la récurrence locale et à la généralisation".

Au total, il ne faut pas compter sur la découverte d'adénopathies satellites.

Par contre, tous les auteurs sont d'accord sur la fréquence des métastases hépatiques; certains parlent d'invasion des poumons, une fois est signalée une métastase rachidienne (Anderson).

Le processus d'invasion se ferait par voie sanguine.

"La généralisation se fait par voie sanguine et le foie est le lieu précoce de prédilection". Cependant, il est intéressant de noter la conception de Goldman. Pour cet auteur, il y aurait un relais par les ganglions lymphatiques recto-sigmoïdiens et ensuite préaortiques. Cette conception a été reprise par B.J. Sanger dans le journal britannique de chirurgie "le mode d'extension est essentiellement par invasion locale; occasionnellement ces tumeurs métastasent au foie" et cet auteur recommande aux chirurgiens de ligaturer les vaisseaux mésentériques inférieurs en premier temps de l'amputation rectale" pour éviter les envois emboliques au foie".

Il apparaît ainsi une contradiction sur la rapidité d'invasion hépatique. L'invasion hépatique est-elle réellement précoce comme le soutiennent de nombreux auteurs (Goldman et Marsury).

Il ne semble pas. D'abord, l'ensemble des lésions se révèlent avec un certain retard sans que pour cela on retrouve fréquemment une métastase hépatique. Il est difficile de se faire une idée sur ce temps de latence où la banalité des symptômes inquiètent peu le malade et même le médecin, mais dans l'ensemble bien que les malades viennent consulter avec un certain retard (un mois, deux mois, voire des années, 2 ans (Exner), 3 ans, "des années" (Kallet, Knupper), on se trouve devant une maladie purement locale.

Donc on peut parler d'évolution lente. Bergeret écrit "malignité réduite". Golden et Stout, à la suite de Ghon et Hintz (1909) et B.J. Sanger et B.D. Keckie (1959) vont même jusqu'à critiquer le terme de sarcome qui "suggère un haut degré de malignité que ces tumeurs ne possèdent pas".

En résumé, nous pouvons parler d'évolutivité réduite mais inéluctable.

A ce propos, notre observation est intéressante :

Notre malade est venue consulter 6 mois après le début des troubles digestifs qui l'inquiétèrent peu (1952).

En 6 mois, d'évolution, on se trouva devant une grosse masse pararectale mais qui ne rétrécissait pas la lumière rectale : il s'agissait d'un léiomyome typique.

Ensuite silence complet durant 3 ans.

En Juin 1955, au bout des 3 ans, altération de la paroi droite du rectum et il faut attendre 1 an (décembre 1956) pour constater une masse du volume d'une mandarine, et encore 6 mois (Mai 57) : la masse est devenue énorme, bloquant le pelvis; soit en tout 4 ans 1/2 pour que s'installe une récédive qui montra encore un léiomyome apparemment bénin.

Un intervalle de 4 ans exactement de Juin 57 à Juin 61, et au cours de l'intervention exploratrice, on découvre une tumeur kystique hépatique qui se révèle être une métastase d'un sarcome d'allure fibroblastique.

Il apparaît bien ici combien l'évolutivité se montre lente mais sur un mode malin.

On peut soulever une objection : Nous avons découvert une invasion hépatique par un sarcome d'allure fibroblastique. Peut-on affirmer qu'il s'agit d'une métastase de la tumeur rectale ? Y a-t-il une relation entre le léiomyome rectal et le sarcome du foie ?

Contre-plaident :

1/ La différence de nature des tumeurs

Les tumeurs enlevées au cours de l'intervention rectale se montrèrent chaque fois léiomyomateuses typiques avec des cellules fusiformes à myofibrilles. On ne voyait aucun signe de malignité.

La tumeur kystique hépatique se montra au contraire typiquement maligne avec un aspect évoquant le sarcome fibroblastique.

Donc histologiquement les deux tumeurs semblent étrangères, les unes bénignes, et musculaires; l'autre maligne et conjonctive.

2/ D'autre part, on peut objecter la longueur du délai qui s'étend entre l'amputation abdominopérinéale du rectum et la découverte de l'anomalie hépatique.

Au cours de l'intervention, nous n'avons noté aucune modification de l'aspect du foie, du péritoine, des ganglions lymphatiques. Quatre ans s'écoulent et nous trouvons une tumeur hépatique. Il peut paraître curieux de rattacher une métastase à une tumeur qui n'existe pas ou qui n'existe plus, car ayant subi une exérèse complète quatre ans auparavant. Mais dans d'autres domaines, cette modalité de métastases est courant (cancer du sein - ostéosarcome).

Cependant :

- 1/ Il faut noter la coïncidence chez la même malade de deux tumeurs de la même famille.

Nous avons vu dans le chapitre anatomiepathologique l'importance des phénomènes de différenciation que pouvait subir une tumeur myomateuse en se transformant en sarcome. Et en se basant sur ce que dit Geschickter "Les tumeurs du muscle lisse renouvellent l'histogénèse de leur structure", il est plausible d'admettre que la tumeur musculaire du rectum métastase en donnant un aspect fibroblastique. Il est de plus, dans cette ligne, de constater que l'anatomopathologiste note d'abord "véritable léiomyome" en 1952 et en 1957 toujours léiomyome typique mais avec "quelques remaniements interstitiels - oedème fibrosé"; ceci est minime, ne peut aider au diagnostic de malignité mais il est intéressant de noter un début de métaplasie qui va se compléter en donnant une métastase d'allure fibroblastique. La tumeur typiquement léiomateuse s'est transformée en un sarcome fuso-cellulaire. Il est d'ailleurs classique de décrire les fibrosarcomes et léiomyosarcomes dans la grande famille des sarcomes fuso-cellulaires (Bergeret et Boudreaux, puis Bergeret et Hepp).

En résumé, il est possible à un léiomyome de donner un léiosarcome et de là un sarcome fibroblastique ou fuso-cellulaire qui peut en être la forme métastatique.

A ceci nous pouvons ajouter que le sarcome primitif du foie est extrêmement rare alors que les métastases sarcomateuses sont classiquement reconnues (Lemierre).

- 2/ Le caractère récidivant de la tumeur primitive est bien un indice qu'elle conservait son potentiel de croissance, ceci est en accord avec l'opinion de Geschickter : un léiomyome qui se développe peut aussi bien donner des fibres musculaires que des cellules fibroblastiques.

3/ Enfin de nombreux auteurs ont bien insisté sur la lenteur évolutive que montrent beaucoup de ces tumeurs léiomyomateuses. Nous l'avons rappelé précédemment. L'observation de Neuman à ce propos est la plus caractéristique. La biopsie d'une tumeur sous-muqueuse rectale montrait un léiomyome typique. Les récidives se faisaient sur un mode bénin mais à la 7ème année, il découvrit un léiomyosarcome.

De même lenteur évolutive du sarcome hépatique. Notre malade un an après la première manifestation est encore en vie (Juillet 1962) et va assez bien.

R.H. Thorlakson dit que la plupart des tumeurs trouvées au Saint Mark's Hospital étaient de "faible malignité".

"3 malades avaient des métastases au foie au moment de l'intervention et 2 de ces malades moururent respectivement 2 ans et demi et 5 ans après"

et il ajoute :

2 autres moururent 9 ans après l'intervention.

5 des 14 cas avaient subi une excision locale de la tumeur 2 à 6 ans avant l'excision radicale pour récidive locale.

"toutes ces tumeurs étaient très grandes et devaient avoir été présentes depuis plusieurs années".

Tout ceci correspond à ce que nous pouvons constater dans notre observation.

Cette lenteur évolutive peut aider à comprendre un point qui reste dans l'ombre, à savoir l'explication d'une métastase à partir d'une tumeur enlevée 4 ans auparavant. L'amputation rectale avait été complète; nous n'avons pas trouvé d'adénopathies, le foie semblait intact. Comment expliquer ce fait? Goldman dit "Bien que les sarcomes habituellement métastasent par voie sanguine, le foie est envahi précocement et les ganglions lymphatiques ne sont pas envahis". Donc on peut envisager que notre malade présentait déjà une métastase hépatique non perceptible cliniquement et qui étant donné la lenteur évolutive de ces lésions se révéla quatre ans après.

Au total :

- Nous pouvons admettre que notre observation apporte un élément pour soutenir que ces léiomyosarcomes sont de malignité ralentie mais de malignité certaine, inéluctable, donc dangereuse.
- Notre observation confirme l'opinion de tous les auteurs sur la difficulté de différencier un léiomyome d'un léiomyosarcome au stade I.

11 - EVOLUTION ET SYMPTOMES

Une étude des différents articles publiés sur les léiomyomes et léiomyosarcomes ou fibrosarcomes du rectum démontrent la pauvreté des éléments cliniques qui puissent permettre une distinction entre tumeur bénignes et malignes.

A/ Le début survient sans attirer l'attention du malade.

Il existe une phase de latence qui pour les différents auteurs est très variable. Certains malades ne ressentent aucun trouble et de ce fait ne viennent pas consulter leur médecin. Il ne faut pas oublier que, au début, ces tumeurs ne sont que de simples nodules sous-muqueux qui n'ont pas de répercussion sur le transit rectal.

D'autres malades ressentent des troubles qui apparaissent au malade et au médecin d'autant plus banaux que de simples hémorroïdes ou fissures ano-rectales entraînent douleurs et saignements. Tel malade cité par Gordon souffrait depuis 2 ans et 1/2 de douleurs rectales intermittentes en rapport avec les fins de digestion. Pendant la deuxième année, les douleurs deviennent atroces, particulièrement lors de la défécation et le malade diminue délibérément sa nourriture dans le but de ralentir la fréquence des digestions. Le médecin généraliste consulté parla "d'inflammation de l'intestin" et conseilla des suppositoires.

D'autre part, il faut tenir compte du fait que certaines tumeurs paraissent réellement avoir un potentiel évolutif ralenti, même si elles sont malignes.

Jackamnn et Buie, dans un article sur les nodules sous-muqueux du rectum, considèrent que 8,4% de ceux-ci sont malins. Ceci souligne assez l'intérêt qu'il y a à pratiquer un toucher rectal ou au besoin une rectoscopie à tout malade, soit lors de l'examen systématique, soit devant des signes fonctionnels les plus banaux.

Extrait des recherches faites sur des nodules sous-muqueux du rectum :

: <u>Jackman & Buie</u> :	Tumeurs bénignes :	fibromes	3 :	6,3% :
:	10,6%	lipomes	1 :	2,1% :
:	:	léiomyomes	1 :	2,1% :
:	Tumeurs malignes :	carcinoïdes	2 :	4,2% :
::	8,5%	lymphosarcomes	2 :	4,2% :
:	:	léiomyosarcomes	0 :	- :
:	:	:	:	:

: <u>Swartzlander, Jackman et Dockerty (Mayo Clinic de 1945 à 1951)</u> :	:
:	:
:	Tumeurs bénignes : lipomes 1 : 1,1% :
:	: léiomyomes 5 : 5,5% :
:	Tumeurs malignes : carcinoïdes 16 : 17,5% :
:	: léiomyosarcomes 1 : 1,1% :
:	:

(Etude portant sur 91 cas de nodules sous-muqueux, extraits)

Donc une phase de latence dont il est très difficile de fixer la durée; quelques tumeurs peuvent être découvertes par un examen systématique comprenant le toucher rectal.

B/ La plupart des tumeurs se révèlent par des troubles du transit intestinal, et parmi ces troubles, il faut faire une place de choix aux hémorragies.

Une distinction importante doit être faite, car le nodule sous muqueux initial va se développer selon plusieurs éventualités. D'abord intervient la vitesse d'accroissement; certaines tumeurs acquièrent rapidement une taille considérable et entraîneront évidemment une gêne importante; d'autres tumeurs resteront de faible calibre.

Et là intervient le deuxième facteur, à savoir la direction de leur expansion. Tout différents seront les signes fonctionnels selon que la tumeur se dirigera vers la lumière rectale ou au contraire vers les espaces péri-rectaux.

Ainsi envisagerons-nous la tumeur comme une maladie locale qui présentera plus ou moins tôt des répercussions à distance.

MALADIE LOCALE

- 1) Maladie de la paroi rectale, entraînant dilacération des tissus, étirement des terminaisons nerveuses. Ce fait explique le grand nombre de malades qui se plaignent de douleurs : sensations de tension rectale, douleurs abdominales basses.
- 2) Signes de répercussion muqueuse, sans être envahie la muqueuse répond aux irritations d'abord par une certaine congestion. Ceci explique les hémorragies précoces aussi bien dans les léiomyomes que dans les léiomyosarcomes. Bergeret insiste sur ces hémorragies qui ne traduisent "pas toujours l'existence d'une ulcération" mais peuvent "être d'ordre congestif". Et ceci explique peut être leur caractère clinique : il s'agit souvent de suintements, d'émissions de sérosités sanglantes, voire de simples glaires; certains malades présentent des diarrhées séreuses.

REPERCUSSION A DISTANCE

- 1/ Un grand nombre de tumeurs vont pénétrer la lumière rectale, par développement intracavitaire. Pour cela, elles vont fracturer la muqueuse, d'où des hémorragies, car la muqueuse est bien irriguée, d'autant plus qu'elle est congestive et on a vu que ces tumeurs myomateuses étaient très riches en vaisseaux sanguins. Il s'agit de rectorragies de sang rouge qui ne sont généralement pas très abondantes mais se répètent, entraînant rapidement une anémie que l'on constate souvent. Le malade de Roux avait 3.000.000 G.R., celui de Neuman, 3.700.000 G.R., celui de Roux, Nègre, et Mimran, 3.000.000.

Comme pour les douleurs, il convient de noter la relation entre la défécation et l'apparition de ces hémorragies. La présence de la tumeur va rétrécir la lumière rectale et c'est le deuxième symptôme très fréquent : modification du transit, sensation de corps étranger, ténesme, faux besoins, sensation de vidange incomplète après la défécation. A un degré de plus, c'est la constipation tenace,

croissante, les défécations sont difficiles et douloureuses. La tumeur intercepte le cours des matières quelquefois lentement, progressivement, ailleurs subitement et il est des tableaux d'occlusion (Rares).

A noter un aspect un peu spécial : certains malades viennent consulter pour une modification de formes des fécès, qui subissent du fait de la présence de cette tumeur souvent dure dans la partie basse du canal anal un véritable laminage et qui apparaissent rubannées.

La diarrhée vraie est plus rare, il s'agit plutôt d'une alternance de diarrhée et de constipation.

- 2/ Dans un certain nombre de cas, la tumeur se dirigera vers les espaces pelvi-rectaux. Il faut ajouter que la tumeur intra-cavitaire peut elle aussi venir comprimer des organes extra-rectaux en acquérant un volume suffisant.

Ainsi s'expliquent les symptômes urinaires fréquents : pollakiurie avec dysurie, épisode de rétention qui cèdent, ailleurs rétention aigüe, certains malades se plaignent que de pollakiurie.

L'évolution en arrière entraîne des douleurs par compression des plexus nerveux sacro-pelviens.

L'évolution latérale entraîne refoulement des ligaments larges, en cas de tumeur ferme la compression urétérale est à craindre. La compression des plexus hypogastriques provoque des douleurs.

L'évolution en avant : la compression vaginale qui était déjà décrite par Descoevres, était manifeste chez notre malade. Ceci peut être cause de dystocie. Enfin, cette évolution antérieure explique que, chez la femme, il soit souvent impossible de différencier un myome d'origine rectal d'une même tumeur se développant dans la cloison recto-vaginale. Le cas de Segal est une illustration. La malade se plaignait de saignement d'origine à la fois rectal et vaginal et la tumeur découverte par examen clinique rétrécissait les orifices vaginal et rectal.

3/ Deux aspects à envisager :

- 1) La forme polypoïde donne peu de signes fonctionnels, mais peut s'extérioriser. Certains malades découvrent une telle tumeur à l'occasion de défécation; à signaler que la tumeur peut réintégrer soit spontanément, soit aidée par le malade. Un cas publié où la tumeur procida au cours du travail.
- 2) Les modifications subies par les tumeurs :
 - a/ Congestion entraînant des hémorragies, en sachant que certaines tumeurs douces, spongieuses saigneront facilement et que d'autres fermes seront plutôt source de phénomènes de compression.
 - b/ Surinfections qui produisent des écoulements séropurulents dans certains cas de véritables abcès aigus ou volontiers subaigus. (Hins et Riddler)

Classification de ces symptômes par ordre de fréquence :

- Avec Hunt :

- . Constipation
- . Hémorragies
- . Douleur dans le périnée
- . Obstruction
- . Irritation rectale
- . Ténésme
- . Masse dans le rectum
- . Tumeur intrarectale connue par le malade, n'inquiétant pas
- . Découverte fortuite.

- Avec Anderson :

1) Anomalies du transit intestinal

- . 8 cas de rectorragies
- . 8 cas de constipation croissante
- . 3 cas d'alternance de diarrhée et de constipation
- . 2 cas de diminution de calibre des selles
- . 1 cas de présence d'un abcès de la région périnéale

2) "Discomfort"

- . 8 cas de douleurs dans le rectum
- . 2 douleurs abdominales basses
- . 2 cas de sensation de plénitude rectale
- . 2 cas de sensation de tension rectale

3) Symptômes urinaires

- . 2 cas de pollakiurie avec dysurie
- . 1 cas de rétention aiguë d'urine
- . 1 cas d'épisode de rétention
- . k cas de pollakiurie isolée

- Avec Stoller et Weinstein :

1) Troubles de la défécation (précoces)

2) Douleurs : toute la région rectale et les irradiations vésicales.

3) Saignement

Au total, de l'ensemble des signes fonctionnels, on ne peut dégager aucun caractère plus spécial aux léiomyomes bénins ou sarcomateux. Même le saignement qui évoque de suite la tumeur maligne ne peut être retenu car il est des léiomyomes très vascularisés, très hémorragiques.

C/ Les signes généraux

Ils apparaissent en général assez tardivement. Ils sont faits d'anorexie, d'amaigrissement.

Si on laisse évoluer la tumeur d'elle-même, la mort survient dans la cachéxie et la généralisation. Spontanément, l'évolution paraît assez rapide mais dans ce laps de temps, il n'est pas tenu compte de la durée de latence ce qui est mal connue, certains auteurs parlent de mois, d'autres de plusieurs années. Toujours est-il que le léiomyosarcome est une tumeur hautement maligne et dangereuse.

Quant au léiomyome, il n'entraîne pas de modifications de l'état général. Il faut rappeler la différence de pronostic selon l'évolution intracavitaire ou pelvi-rectale. Dans le

premier cas une simple constipation peut retentir sur l'état général par l'anorexie qu'elle risque d'entraîner alors que des compressions extrinsèques peuvent retenir sur le rein par une stase urétérale, peuvent entraîner des douleurs épuisantes, etc...

Au total, une altération profonde et rapide de l'état général est plus en faveur de la tumeur maligne mais, répétons-le, l'altération de l'état général est un signe tardif.

D/ L'examen physique

Comprend essentiellement les touchers pelviens. Touchers rectal et vaginal permettent presque toujours de sentir la tumeur qui, on l'a vu, se développe en général dans la partie basse du rectum, près de la marge anale.

Mais hélas le toucher ne peut bien souvent que confirmer qu'il s'agit d'une tumeur pelvienne, sans individualiser de caractères différentiels précis.

Lorsqu'il s'agit d'une variété intra-cavitaire, il s'agira de faire le diagnostic avec un épithélioma ou un polype. Dans les variétés à développement extra-rectal, le diagnostic de siège est volontiers difficile et dans la littérature les diagnostics les plus souvent envisagés ont été fibromyomes utérins, kystes de l'ovaire, tumeur du ligament large, endométriose diffuse du Douglas. Dans les tumeurs de siège postérieur, on conçoit que se puissent discuter les ostéosarcomes pelviens.

E/ La rectoscopie

Peut être très utile dans tous les cas montrant une muqueuse normale refoulée, mais le doute persiste dans le cas d'ulcération. Elle aura l'avantage de permettre la biopsie pour étude histologique.

F/ Le lavement baryté

A été peu utilisé. Notre observation a l'intérêt de montrer l'image de refoulement par compression de la récidive du léio-myome. Osmond aide son diagnostic par un lavement baryté mais devant l'image de rétrécissement par une masse d'aspect sphérique, aux contours réguliers, ne peut qu'évoquer un cancer de type polypoïde.

G/ La biopsie

Sera finalement ce qui permettra d'approcher le diagnostic. Elle est nécessaire.

Certains pensent que la biopsie peut être préjudiciable, favorisant les hémorragies et les métastases. Il faut mieux parler de complications : ces tumeurs sont très vascularisées et Rebell et Hiatt (1954) rapportent le cas d'un malade qui, après une biopsie à la pince, présenta hémorragies et formation d'hématome. Le tamponnement ne contrôla pas le saignement et après une transfusion de sang une amputation du rectum fut nécessaire. Ces faits sont rares. C'est le seul que nous ayons retrouvé dans la littérature consultée.

A l'inverse Smith soutient "que la biopsie correctement faite semble moins propre à aggraver les métastases que l'examen digital fait trop brutalement".

Au total, nous serons d'accord avec Sanger et Leckie :

"N'importe lequel de ces symptômes montre la nécessité d'un examen proctologique complet, comprenant endoscopie et biopsie".

12 - DIAGNOSTIC

Cliniquement, les touchers pelviens et les examens endoscopiques permettent l'exploration et la vision de la tumeur dont on appréciera les caractères morphologiques, la mobilité, l'implantation sur la paroi rectale.

Devant une forme nodulaire, à plus forte raison si elle est ulcérée, se pose d'abord le problème d'un épithélioma. Le sarcome est une tumeur rare, le diagnostic en est rarement envisagé; certains signes pourraient cependant évoquer le sarcome : il s'agit en général d'une tumeur plus volumineuse que les épithéliomas; ils ont plus tendance à envahir la lumière rectale et les symptômes premiers sont la constipation, les troubles de la défécation et la dysurie. L'épithélioma envahit la muqueuse précocement, pour produire ulcération, infection, saignement, douleur et cachéxie. Tous ces symptômes sont plus tardifs dans le sarcome. L'envahissement lymphatique régional est commun dans un épithélioma. On a vu qu'il était exceptionnel dans le sarcome.

Devant une forme pédiculée, nombreuses sont les difficultés : sarcomes polypoïdes, myomateux, polypes adénomateux, simples hémorroïdes internes. Il faut noter que les polypes bénins sont librement mobilisables, leur attache pédiculaire est fine tandis que la base du léiomyome se prolonge, semble pénétrer dans la muqueuse; dans le léiomyosarcome, on peut noter une adhérence aux tissus voisins, mais la base d'implantation se montre toujours limitée et il est souvent difficile d'apprécier son étendue.

Le diagnostic peut aussi se poser avec les tumeurs villeuses et le cancer vilieux qui peuvent évoquer les formes pédiculées mais ces tumeurs ont tendance à envahir toute la circonférence rectale réalisant des indurations planes surmontées de vésicules. Nous n'avons pas rencontré de formes infiltrantes de léiomyosarcomes.

La rectoscopie et les examens de laboratoire appropriés différencieront un granulome tuberculeux, un lymphogranulome vénérien, ce sont des diagnostics d'exception.

Il faudra penser devant une atteinte de la cloison recto-vaginale chez la femme à la possibilité de l'origine de la tumeur de la paroi antérieure du rectum. C'est le cas de notre observation et de celle de Brown et Hurd où la tumeur envahissait à la fois le vagin et le rectum. Dans ces cas, la pathologie de la cloison recto-vaginale peut être évoquée : néoplasme bénin ou malin, kystes, masses inflammatoires ou post-traumatiques, malformation et hétérotopie, voire hernie.

Dans notre observation, l'examen clinique permettait de se faire une idée qui fût confirmée par l'histologie en découvrant des glandes rectales. Brown et Hurd (Fig.9) rapportent l'histoire d'une femme de 60 ans qui vint voir son médecin pour des rectorragies de la constipation, des hémorragies vaginales et des ecchimosés périnéales. l'examen du vagin et du rectum montra une masse ovoïde, ferme, non tendue, de la taille d'un citron dans la région du septum recto-vaginal. Un spéculum ne put être mis en place; on pouvait penser à un traumatisme . La malade racontait être tombée à califourchon sur une bicyclette avec laquelle elle avait trébuché. D'autre part, des hémorroïdes anciennes étaient connues et pouvaient expliquer les rectorragies. Et le diagnostic d'hématome du septum recto-vaginal fut envisagé. Et une ponction ramena 1200 cm³ de caillots et de sang, enlevés par une ouverture découverte juste à l'orifice externe du vagin. L'hypothèse du traumatisme semblait se confirmer. Mais à peine un mois et demi après, la malade est de nouveau admise. Elle avait maigri, s'affaiblissait et la masse était de nouveau réapparue, mais un autre traumatisme fut encore invoqué, la malade avait été renversée par une voiture; et l'intervention ne fut pas jugée nécessaire. Un mois après, la malade était hospitalisée pour une rétention d'urine, la palpation révéla une masse qui semblait la vessie. Le sondage vésical ne retira qu'1,2cm³. On notait par ailleurs un saignement à partir du rectum et du vagin. Le cancer de l'utérus fut suspecté, mais ni le col, ni le corps ne pouvaient être examinés suffisamment, étant donné l'énorme masse en encombrant l'entrée. On nota aussi une élévation du taux de l'azotémie. Une exploration du vagin "fut pratiquée à l'aide du rectoscope de Buie qui fut glissé au delà

13 - LE TRAITEMENT ET LES RESULTATS

Le pronostic des léiomyomes reconnus bénins par un examen histologique soigneux et complet est statistiquement satisfaisant.

Celui des léiomyosarcomes est, par contre, très grave comme en témoignent les différents rapports publiés dans la littérature.

Entre ces deux extrêmes, se situent les formes où, malgré une intervention correcte pour une tumeur apparemment bénigne, se manifestent soit une récurrence sur un mode malin, soit, comme dans notre observation, une métastase.

Plusieurs problèmes se posent pour un traitement correct :

- 1/ Nous avons vu que le siège de ces tumeurs est presque toujours bas situé près du sphincter.
- 2/ Leur taille devient souvent rapidement volumineuse avec compression et invasion des espaces péri-rectaux.
- 3/ Leur évolutivité est variable : si certains myomes bénins grossissent rapidement et de par les dimensions énormes qu'ils peuvent acquérir nécessitent des interventions étendues, certains sarcomes semblent au contraire avoir un potentiel malin localement peu prononcé, et alors, se pose le problème d'une intervention élargie qui sera mutilante sans changer le pronostic final.

Les tumeurs bénignes

Le traitement est évidemment uniquement chirurgical, mais les diversités de siège, du développement, du volume, des complications de ces fibromyomes expliquent les nombreuses voies d'abord et les divers types d'exérèse.

Voies d'abord

Peuvent se résumer à trois types :

- a/ Voie cavitaire pour les myomes pédiculés et pour les petits myomes bas situés. C'est cette voie qui a été lors de la première intervention à visée exploratrice en l'absence de diagnostic précis chez notre malade.
- b/ Voie périnéale et coccypérinéale pour les myomes extra-rectaux bas situés et peu volumineux.
- c/ Voie abdominale pour les myomes haut situés d'évolution abdominale.

Types d'exérèse

Il ne faut pas oublier qu'il s'agit de tumeurs bénignes et que l'intervention doit être la moins mutilante possible comme l'ont souligné la plupart des auteurs et en particulier Chaquelle dans sa thèse. "Une excision locale de léiomyome est généralement curative" dit Anderson.

Mais certains cas, soit par erreur de diagnostic, soit pour des raisons techniques, comme dans notre observation, ont peut-être amené à faire des interventions larges et mutilantes :

a/ L'énucléation du myome

- soit par voie muqueuse
- soit par voie péri-rectale est l'intervention la plus simple mais elle exige une réfection parfaite de la paroi et une tumeur de faible volume. Elle n'est logique que si l'on est certain du diagnostic de bénignité. Elle expose à la récurrence.

b/ La résection du rectum

suivie de rétablissement de la continuité colo-rectale dans les conditions habituelles de la chirurgie du rectum est une possibilité dans les grands léiomyomes. Elle a l'avantage d'enlever la totalité de la tumeur tout en respectant la fonction.

c/ L'amputation du rectum

par voie abdomino-périnéale, comme dans notre observation, semble hors de propos, car mutilante, vouant à l'anus iliaque une femme encore jeune qui, pis est, n'ayant pu prévenir l'apparition d'une métastase hépatique.

Mais chez notre malade, l'indication de cette amputation a été de nécessité technique, faute de pouvoir réaliser une autre intervention devant cette énorme tumeur récidivée bloquant la totalité du pelvis.

Les tumeurs malignes

Comme pour tous les cancers, les moyens thérapeutiques sont la chirurgie et les agents physiques.

LES METHODES

1/ Les agents physiques

1) La radiothérapie

La littérature montre que les Rayons X sont peu employés en traitement unique.

"La radiorésistance des tumeurs fuso-cellulaires ou léiomyosarcomateuses est en effet habituelle " (Bergeret et Hepp).

Un cas : En 1950, Oppenheim et O'Brien ont essayé cette thérapeutique. Une tumeur de la paroi antérieure du rectum, qui envahissait la cloison recto-vaginale, fut biopsiée. L'examen histologique révéla : un léiomyome malin. La malade fut traitée par Radiothérapie par champ de 20 x 20 cms, voie antérieure et postérieure, dose totale 2040r. "Aucune modification ne fut notée".

En 1951, Hines et Riddler découvrent, sous un abcès ischio rectal chronique, une tumeur polypoïde qui fut sectionnée au niveau de son pédicule; cette tumeur s'étendait en profondeur, vers la fesse. Elle se montra être léiomyosarcomateuse. De la radiothérapie compléta le traitement. La mort survint 1 an 1/2 après.

Au total, échec de la thérapeutique par les Rayons X.

2) Le Radium

Est une méthode qui semble plus employée. Certains auteurs ont même essayé le radium seul.

Mornet de Delarue, en 1931

Les caractères cliniques de la tumeur ne permettaient pas d'envisager une exérèse chirurgicale. Une large biopsie fut pratiquée qui montra, histologiquement, la nature

sarcomateuse. "Une applicarion de radium récente semble avoir amené une amélioration importante du malade".

Barbet et Rubens-Duval, en 1932

Traient un léiomyosarcome par protéinothérapie et par les radiations, sous couvert d'une colostomie. Ils introduisent le radium par une sonde intra-rectale et le laisse 7 jours (dose de 42 millicuries). Localement; disent-ils, la guérison est complète, et elle le paraît un an après. Il faut souligner qu'il s'agissait au départ d'un traitement à visée palliative. Bergeret cite cette observation et fait remarquer : "ces résultats très encourageants". Il pense qu'il faudrait mieux employé un aiguillage local.

En 1950, Anderson

Cite le cas d'une malade, âgée de 76 ans, et en très mauvais état général. Elle présentait un léiomyosarcome du rectum, étendu, de degré IV. A cause du mauvais état général, il fut décidé de se contenter du Radium. La malade mourut 2 ans après de métastases.

Au total, contrairement aux rayons X, le Radium semble plus satisfaisant. On remarque que, dans ces 3 observations, la curie-thérapie n'a été employée que dans des cas où les tumeurs étaient inextricables, volumineuses, où une colostomie était nécessaire pour permettre le transit.

Car ces traitements ont une complication. La fibrose post-radiothérapique n'est pas négligeable, pouvant entraîner un blocage du petit bassin.

La curie-thérapie, employée seule, apparaît donc comme un traitement palliatif.

Nous verrons qu'elle a surtout été employée en association avec la chirurgie.

3) La cobaltothérapie

Il serait intéressant d'avoir une idée sur l'efficacité de la cobaltothérapie; nous n'avons, malheureusement, trouvé aucune référence à ce sujet.

2/ La chirurgie

Historique :

Les premiers auteurs se contentaient d'interventions limitées. Bergeret écrit : "Les interventions relatées nous paraissent aujourd'hui bien timides: telle, amputation rectale n'emporte que 14 cms d'intestin (Tédénat), telle autre n'enlève qu'une longueur de six pouces (Baldwin), de 10 cms (Exner), et même de 6 cms (Massabuau)".

Ensuite les progrès de la technique chirurgicale et de l'anesthésie ont permis des interventions larges et la plupart des auteurs font des amputations abdomino-périnéales et soutiennent que c'est la seule méthode justifiée. Bergeret dit que les interventions larges sont tenues "maintenant pour indispensables".

Bergeret et Hepp écrivent : "Il faut donc donner la préférence à l'amputation large du rectum par voie périnéale avec abaissement du colon au périnée sous le couvert d'une colostomie iliaque gauche définitive".

L'exérèse purement locale étant réservée aux seules formes polypoïdes.

En 1959, B.J. Sanger et B.D. Leckie, dans le journal britannique de Chirurgie, écrivaient : "L'excision locale des tumeurs musculaires pures devrait être réservée aux petites tumeurs sous-muqueuses et aux formes pédiculées. Le point important est que ces auteurs préconisent un traitement purement local "des petites tumeurs sous-muqueuses" et non plus simplement des seules formes pédiculées. "Cette ligne de conduite est justifiée dans ce groupe, poursuivent-ils, depuis que nous pouvons "nettoyé" l'intestin plus tôt, que les récidives sont plus facilement mises en évidence, qu'aucune adhérence fibreuse importante n'est trouvée dans les tissus

péri-rectaux, si bien que, si une intervention ultérieure était nécessaire, elle ne soit pas difficile". Mais, de suite, ils ajoutent : "Tous les autres cas devraient être traités par excision du rectum, sans tenir compte du résultat biopsique "bénin ou malin". Donc ils ont tendance à confondre traitement des léiomyomes et léiomyosarcomes, ceci reposant sur la tendance marquée des myomes à devenir malins et d'autre part, à être très économes devant une tumeur musculaire au stade sous-muqueux.

Plusieurs interventions sont donc possibles qui vont du simple ou compliqué :

a) Exérèses localisées comme pour les tumeurs bénignes

- cavitaires
- coccypérinales
- abdominales

Elles ont toutes pour but d'enlever la totalité de la tumeur et de conserver la fonction.

La voie d'abord et le type de l'excision sont dictés par le siège, le volume et les connexions de la tumeur.

Cette conduite thérapeutique est souvent envisagée de bonne foi dans l'ignorance du diagnostic qui ne sera apporté qu'ultérieurement par l'étude histologique.

Le reproche fait à cette méthode est résumé par la phrase de Anderson : "Dans l'ensemble, on peut dire qu'une excision locale pour léiomyosarcome est presque invariablement suivie de récidives".

La plupart des observations recueillies le montrent. D'une façon générale, une récidive obligeait les chirurgiens qui, volontairement ou non, s'étaient montrés économes, à pratiquer une intervention élargie. Mais le point intéressant est que, dans un certain nombre de cas, ces récidives se manifestaient quelquefois après une ou plusieurs années (Morson, Eachern, Anderson). cf. Tab. I

TABLEAU I

Cas traitement pure- ment local	Mortalité	Guérison	Récidives	Inconnu
Hunt cite 20 cas rapporte 4 cas		1+incontinence 1	1 multiples	20 1
Durante cite 13 cas publie 1 cas	5 (15 mois)	4 (1 an) 1 (5 mois)		4
Rankin et Larson publient 4 cas			Récidives locales	
Norbury 1 cas personnel		1 (moins d'1 an)		
Bergeret cite 3 cas	1 précoce	1 (moins d'1 an) 1 (1 à 2 ans)		
Anderson rapporte 3 cas	1(métastases)		1 (2 réci- ves en 4 ans) 1 (2 réci- dives en 6 ans)	
Ghabrial 1 cas		1 (2 ans après)		
Morson, cité par Thorlakson 5 cas			Récidive entre 2 et 6 ans	
Mac Eachern 1 cas			2 récidives 2 mois après et 8 mois après	

b) Exérèses élargies

Il était inévitable que des interventions plus larges à visée curatrice soient tentées pour améliorer le traitement de ces tumeurs malignes. Elles sont de deux variétés :

- 1) La résection du rectum suivie de rétablissement de la continuité si la tumeur siège assez haut pour garder la zone sphinctérienne au besoin en s'aidant des artifices de Babcock et de Toupet. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de pelvectomie.
- 2) L'amputation du rectum, soit par voie périnéale, soit abdomino-périnéale avec un anus définitif, soit iliaque comme dans notre cas, soit périnéale (Leibovici).

Par exemple :

- Durante rapporte : 11 interventions élargies
 - . 5 résections 4 par voie sacrée
 - 1 transvaginale
 - . 6 amputations 2 par voie sacrée
 - 3 par voie périnéale
 - 1 par voie abdomino-périnéale
- Bergeret : sur 14 interventions :
 - . 5 exérèses larges seulement
 - . 4 résections par voie périnéale
- Anderson : sur 10 cas rassemblés
 - . 2 amputations abdomino-périnéales immédiates
 - . 2 amputations abdomino-périnéales en deux temps

Il faut faire remarquer que l'ensemble des malades ne furent pas suivis au delà de 1 ou 2 ans, quelquefois 3. Or, nous avons vu que l'évolution de ces tumeurs était très variable. Thorlakson cite 3 malades qui avaient des métastases au foie au moment de l'opération et 2 de ces malades moururent 2 ans 1/2 et 5 ans après respectivement. Deux autres, ajoute-t-il, moururent des récidives 9 ans après l'intervention. Il conviendrait de se faire une idée sur au moins 5 années, comme il est classique. Or ceci est pratiquement impossible. cf. Tab. II

EXERESSES ELARGIES - TABLEAU II

Traitement :	Mortalité	Mortalité	Bon état	Inconnu
amputation	précoce			
abdominopérinéale				
Durante cite				
11 cas	1 (opéra-	1 (3 ans)	3 (1 an après)	4
5 résections	toire)	2 récidives		
6 amputations		inopérables		
Hartmann			guérison	
1 cas				
Bergeret				
2 cas personnels	1 (3ème		1 (8mois après)	
cite :	jour)			
4 résections			3 (1 an)	1
6 amputations		1 (1 an)	1 (10 mois)	3
			1 (3 ans)	
Adelson et Newcomb				
1 cas	1(50° jour)			
Bacon et Scheffer				
1 cas		1 (10° mois)		
Goldman et Marbury			après un an	
1 cas				
Oppenheim				
1 cas		1 (1 mois)		
Anderson				
4 cas	1 post-opé.	1 (3 ans)		1
		1		
Mc Eachern et Arata				
1 cas			après un an.	
Neuman				
1 cas			après 2 ans	
Osmond : 1 cas	1 peropér.			
Campanale : 1 cas			après 1 an	
Stoller				
2 cas			1 après 3 ans:	
			1 après 2 ans:	
Sanger et Leckie				
1 cas			après 2 ans	
Gordon - 2 cas			1 après 9 mois	
			1 après 9 mois	
Thorlakson - 1 cas		1 (6mois)		

Les exérèses élargies ne semblent pas donner de meilleurs résultats sur les opérations purement locales :

- exérèses localisées : 7 morts pour 11 "guérisons"

- exérèses élargies : 14 morts pour 19 bons états.

3) Les associations

Toujours dans l'espoir d'améliorer le pronostic certains auteurs ont pu proposer l'association chirurgie-agents physiques.

Les cas retrouvés montrent que surtout fut employée chirurgie limitée, type extirpation locale, suivie d'un traitement par Rayons X ou Radium. Les résultats rassemblés dans le tableau III semblent prouver que cette méthode est peu efficace.

4) La Chimiothérapie

Mis à part le cas de Barbet et Rubens-Duval qui fut traité par association protéinothérapie et radiations, nous n'avons trouvé aucune référence à une telle thérapeutique.

TABLEAU III

Auteurs et nombre de cas	mort	guérison	récidives	Ine.
Weeks Enucléation locale + RX ou RA 1 mois après résection----	7 mois après			
Kallet et Saltzstein 2 cas Enucléation et radiations	4 mois après 8 mois après			
Bergeret Extirpation locale et rayons - 2 cas	1 précoce	1 (- d'1 an)		
Anderson - 2 cas Excision locale suivie de Radium	2 (métastases			
Oppenheim et O'Brien 1 cas Radiothérapie = 0 Amputation	1			

Association traitement local et radiations

Les indications

A/ Notons d'abord que un certain nombre de cas se montrent dès le premier examen inopérables : tumeurs volumineuses, adhérentes, envahissantes, altération de l'état général.

Elles représentent une proportion non négligeable. Durante parle de 69%.

Il semble que ce soit ces cas qui bénéficient le plus du traitement par les agents physiques seuls, sous couvert d'une colostomie.

A la roentgenthérapie, il semble qu'il vaut mieux préférer le Radium et davantage par aiguillage local que par irradiation de surface.

C'est dans ces cas que pourraient aussi être essayées :

- 1 - la télécobaltothérapie
- 2 - la chimiothérapie

B/ Les tumeurs opérables

1/ Léiomyosarcome affirmé

La malignité histologique est reconnue par la biopsie (locale ou exérèse).

Le traitement qui apparaît le plus satisfaisant pour l'esprit, est la chirurgie classique, c'est à dire actuellement "l'amputation large du rectum par voie périnéale avec abaissement du colon au périnée sous le couvert d'une colostomie iliaque gauche définitive" (Bergeret et Hepp). Le siège souvent bas situé de la tumeur semble favoriser ce choix.

Cette intervention peut être suivie de radiothérapie.

2/ En fait, Ces indications conformes aux données classiques du traitement du cancer ne peuvent être suivies sans réticences, car le pronostic paraît très fâcheux et il semble logique, étant donné les faibles chances de guérison, d'éviter au maximum l'intervention élargie de principe, excepté dans des cas particuliers :

a) Lorsque l'état local oblige à celle-ci :

- soit par volume de la tumeur
- soit à cause de troubles du transit
- soit en raison d'hémorragies

b) Dans l'évolution, en cas de récidives.

Cependant une intervention limitée pour tumeur maligne doit :

- Etre techniquement possible :
 - . Siège (par rapport au sphincter)
 - . Extension - volume
 - paroi rectale
- Car elle doit être totale.
- Sans faire courir de risques qui, acceptables pour une tumeur bénigne, sont inadmissibles pour un sarcome : fistule, sténose.

3/ L'exérèse abdomino-périnéale peut avoir deux indications palliatives :

- Opération de propreté : en cas de rectorragies, etc..
- Opération antalgique en cas de volume tumoral (troubles du transit).

4/ En cas de récidives, l'opération élargie semble indiquée, au moins pour mettre le malade à l'abri de l'évolution locale.

En conclusion, nous pensons que les résultats des exérèses limitées ne sont pas plus mauvais que ceux des exérèses élargies, donc il apparaît logique de se contenter d'exérèses limitées et de ne pratiquer d'exérèses élargies que lorsque les conditions locales et évolutives obligent à celles-ci.

LES CONCLUSIONS

Nous avons vu que seule l'Histologie permet de faire le diagnostic de tumeurs myomateuses du rectum. Elles sont reconnaissables à la présence de Myofibrilles contenues dans les cellules. Les léiomyosarcomes forment avec les fibrosarcomes la famille des sarcomes fuso-cellulaires. Il est très difficile de faire la différence entre léiomyomes bénins et le sarcome au stade I.

- 1/ Le léiomyosarcome du rectum surviendrait 1 fois sur 3000 tumeurs rectales.
- 2/ L'âge de survenue correspond à l'âge moyen des cancers.
Les lésions bénignes semblent affecter en premier lieu les femmes et les malignes prédominer chez les hommes.
- 3/ Pas de prédispositions évidentes au léiomyome à devenir malin - Rapport entre les myomes récidivants, les fibromyomes et le passage à la malignité.
- 4/ Sièges plus bas situés des tumeurs malignes par rapport aux bénignes.
- 5/ Morphologiquement, peu de caractères permettant la différenciation. Seules sont remarquables la taille, volontiers plus volumineuse des tumeurs malignes, et surtout les adhérences aux éléments voisins.
- 6/ La forte vascularisation de ces tumeurs expliquerait leur potentiel aux métastases vasculaires précoces.

L'histologie est la base du diagnostic précis, mais elle a ses limites : difficulté de différencier le léiomyome bénin du sarcome au stade I.

difficulté de dire sarcomes d'origine musculaire, le seul argument étant la découverte de myofibrilles mais ces tumeurs sont sujettes à des phénomènes de dédifférenciation qui les rendent souvent atypiques.

- 7/ Parenté réelle entre léiomyosarcomes, myosarcomes et fibrosarcomes. Ils ont en commun la cellule fusiforme qui a donné naissance au tissu conjonctif, au muscle lisse et au muscle volontaire et vers laquelle ils vont tendre à revenir en subissant la transformation maligne. "Les tumeurs du muscle lisse renouvellent l'histogénèse de leur structure".
- 8/ Le sarcome crée une certaine parésie des tuniques musculaires rectales.
- 9/ Différences de pronostic selon que la tumeur a un développement intracavitaire ou, au contraire, extra-rectal, entraînant alors des compressions qui peuvent être graves.
- 10/ Ne pas compter sur la découverte d'adénopathies satellites.

Fréquences de métastases hépatiques. L'invasion se ferait par voie sanguine. Sanger B.J. recommande aux chirurgiens de ligaturer les vaisseaux mésentériques inférieurs en premier temps de l'amputation rectale "pour éviter les envois emboliques au foie".

Le léiomyosarcome a un potentiel de croissance et d'invasion souvent ralenti, mais inéluctable, de même lenteur évolutive du sarcome métastatique hépatique.

- 11/ Longue phase de latence au début due à la localisation primitive sous-muqueuse et au potentiel évolutif souvent ralenti.

Ensuite se manifeste comme une maladie locale de la paroi rectale avec des répercussions muqueuses et extra-rectales.

- 12/ Diagnostic clinique difficile, intérêt de l'endoscopie et surtout de la biopsie.
- 13/ Pauvreté des résultats quelque soit le traitement, basé classiquement sur l'amputation du rectum, dont il semble que l'on puisse se montrer économe dans les conditions où les données locales et évolutives le permettent.

Vu, le Président de Thèse :
Professeur J.L. LORTAT JACOB

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :

ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

ACKERMAN L.V. Surgical Pathology St Louis 1959 Cv Morby Co.

ADELSON L. and NEWCOMB D.

Leiomyosarcoma of the rectum
Connecticut M.J. - 1948-12 : 846-849

ANDERSON P.A., DOCKERTY M.B. and BUIE L.A.

Myomatous tumors of the rectum (léiomyomas and
léiomyosarcomas - SURGERY 1950-28 : 642-650

BACON H.E. and SCHEFFER W.H.H.

Leiomyosarcoma of the rectum
T. Am. Proct. Soc. 1943-43 : 255-257

BACON H.E.

Anus, Rectum, sigmoid colon.
J.B. Lippincott and Co Ed. Philadelphia-London-
Montreal
3ème ed. 1949 - 2 vol. - p. 1727

BALL Ch.

The rectum its diseases and developmental defects
London 1908 - p. 227

BARBET et RUBENS-DUVAL - Un cas de léiomyome malin du rectum
vraisemblablement guéri par association de la
chirurgie, curithérapie et de la protéinothérapie
spécifique.

B.M. Soc. Chir. Paris 1932 - p. 396-400.

BARGEN et DIXON C.F.

J.A. Amer. J. Dig. 1934.1.400 cités par SANGER B.J. et
LECKIE B.

BAYARD H.F.

Myoma of rectum
Minnesota Med. 1931 T.XIV p. 1061

BENSAUDE A.

L'évolution cancéreuse des tumeurs bénignes du
rectum
Masson Ed. Paris 1937

BENSAUDE R., CAIEN A, POIRIER A.

A propos des myomes du rectum
Arc. Mal. App. Digestif : Avril 1933/22/4
Journal de chirurgie : 1933/42/p.346

BERGERET A. et BOUDREAUX J.

Les sarcomes non mélaniques et tumeurs lymphoblas-
tiques du rectum (3 cas)
Revue de chirurgie 1942 p. 52 à 78 et 107 à 141

BERGERET et HEPP J.

Les sarcomes du rectum

Encyclopédie médico-chirurgicale : estomac - intestin - p. 9084

BLAND-SUTTON S.J.

Tumors innocent and malignant LANCET 1901

The diseases of woman London 1916 - 7ème ed.

BOCKUS H.L. Gastrology Saunders Co Philadelphia 1944 - Vol. 2

BOWDEN and MURPHY Gastroenterology 1955 Fevrier 28 - 288-294.

BROWN K.L., SEGAL A.J. and HURD G.B.

Masses of the rectovaginal septum. A proposed classification, review of the literature and report of a case of leiomyosarcoma. AM. J. Surg. Mar. 1960 / 99 - 309-315.

Lt cor R.P. CAMPANALE and M.J. CAVANAGH

Leiomyosarcoma of the rectum
Am. J. Surgery 1955/89.

CARLIER E. et VANDER ESPT V.

Myome du rectum

J. Med. Chir. Pharm. Bruxelles 1881. 72-140

CAYLOR H.D.

Fibromyome du rectum

AM. J. of Surgery - New York 1932
t. XVIII - p. 62.

CHALIER ET MONDOR

Le cancer du rectum
1924

CHAQUELLE A.

Contribution à l'étude des myomes du rectum
Thèse de Paris 1946 - n° 229.

CHISHOLM, HILLKOWITZ et FRESHMAN

Sarcome du rectum

Colorado medecine 1935 (avril) p. 301.

CHRISTOFER E.

Myoma of intestin

New-York Med. Journal 1918 - t. CVII - p.120

COSH

Fibroma of rectum

New-York surg. soc. 26 Avril 1893 in Annals of Surgery
Philadelphia 1893 - t. XVIII - p. 41.

CRESCENZI

Contribution à l'étude des sarcomes non pigmentaires du rectum.
Riforma Med. Janvier 1924 - p. 25-26.

CRIPPS H.

On diseases of the rectum and anus
4ème éd. London 1931 - p. 337.

DESCOEUVRES F.

Des myomes du rectum
Revue de gym. et Chir. Abdo. Janvier 1910
t. XIV - n° 1 - p. 5.

DURANTE

Le sarcome du rectum
Il policlinico
J. Chir. Juin 1924 - p. 311.

EARL H.C.

Note on a large fibromyome from the rectum.
Tr. Royal Academ. Med. Ireland/Dublin 1905
t. XXIII - p. 330-331.

V.P. FONTANA et H. CASTRO

Tumeurs malignes musculaires du rectum (myosarcomes et neurinomes)
Annales de la Fac. de Medicina de Montevideo
1938 - XXIII - n° 4-5 - p. 256-267.

FRIED et STONE

Four rare rectal tumors.
Surg. and Obst. avril 1930 - n° 4 - p. 762-763.

GABRIEL W.B.

Principles and practices of rectal surgery
London 1937 2ème éd.
1948 4ème éd.

GESCHICKTER C.F.

Tumors of muscle
Am. J. of Cancer 1934 - 22.

CHABRIAL F.

Lancet 2 - 325 - 1955.

GHON et HINTZ

1909 cités par GOLDEN et STOUT (1941)

GODLEWSKI M. et LOUBATIERES R.

Sur un cas de léiomyome gastrique.
Archives des maladies digestives et de la nutrition.
Séance du 25 Juin 1950 - t. 39-2 - p. 1186.

GOLDEN et STOUT A.P.

Smooth muscles tumors of the gastrointestinal tract and rétroperitoneal tissues.
Surg. gyn. & obstr. 73-784.810-1941.

GOLDMAN M.L. and MARBURY W.B.

Sarcoma of the rectum.
American J. Surgery 1946/71/387.391.

GORDON E.T. and A.L. SEGEL

Léiomyosarcoma of the rectum
Am. J. Surg. Juillet 1959/98/105.

GOULD P. cité par GABRIEL

The principles and practics of rectal surgery
London 1932 p. 156.

HARTMANN H., BERTRAND-FONTAINE T. et GUERIN P.

Les myomes du rectum
Journal de chirurgie 1933/42/n°1/p.1.8.

HAYES H.T., BURD H.B.

Management of large benign tumors of the rectum
J. int. Coll. Surgeons Janvier 1955/23/n° 1
56.62.

HEURTAUX A.

Myomes du rectum - Bull. Soc. Anat. Nantes 1887
Myomes de l'intestin Arch. Provinciale de
Chir. - Avril 1896 - t. V - n° 4 - p. 189.

HILLEMAND, BENSAUD R. et LOYGUE

Les maladies de l'anus et du canal anal
Masson Ed. Paris 1955 - 284 - p. 169.

HUNT V.C.

Myoma of the rectum : report of four cases
Annals of surgery Aout 1921/74/236.244. et
collected Papers of the Mayo Clinic
1922 - t. XIII - p. 230.

HINES M.O. and RIDDLE J.G.

Unusual lesions of the rectum and anus.
Surgery 1951 - t. 29 - p. 496.

- JACKMAN R.J. and BUIE L.A.
Submucal nodules of the rectum.
S. Clin. North America - 1944/24/903.909.
- KALLET et SALTZSTEIN
Sarcome, ménalome et leucosarcome du rectum.
Archives of surgery
1933/I/p.633.647.
- KING E.L. Benigns tumors of the intestines with special
references to fibroma.
Surg. Gyn. and Obst. Juillet 1917/t/XXV/n°I
p.54.71.
- LAPEYRE N. Le sarcome primitif du rectum.
Revue de chirurgie 1920/58/223.243/281.303/437.
464.
- LEMIERRE A. (Pr) et Coll.
Traité de Médecine tome VIII p. 652.
- LONGUET Des tumeurs conjonctives bénignes du rectum.
Progrès médical Paris 1898/t.VIII/n°35
p. 137 et n° 36 p. 153.
- Mc EACHERN C.G. et ARATA J.E.
Leiomyosarcoma of the rectum.
Archives of Surgery 1953/66/388.
- Mc VERRY et LEVENE cités par B.J. SANGER
1956 British J. Surg. 44/189.
- MALASSEZ L. cité par SWARTZLANDER, JACKMAN and DOCKERTY
Discussion Bull. Soc. Anat. Paris 1872/77/498.
- MANSUY J.M. Les tumeurs bénignes du rectum.
Thèse de Nancy 17 Janvier 1947 - n° 16.
- MASSON P. Tumeurs humaines. Histologie, diagnostic, et tech-
niques
Librairie Maloine 1956 - p. 193.
- MOLINARES H.A.E.
Alguas Observaciones sobre; Tumors benignos de
colon y recto
Revista de la facultad de Medicina de Bogota.
Juillet - Aout 1958 - p. 293 à 317.
et
Tumores benignos de colon y recto
Tesis de Grado 1958 - Bogota.

MORNET et DELARUE

Léiomyosarcome du rectum.
Bulletin de l'association française pour l'étude
du Cancer 1931/XX/367.

MORSON B.C.

Cancer of the rectum.
Ed. C.E. Dukes Vol. 3/p. 92 - Edinburgh and
London E&S - Livingston Ltd 1960.

NEUMAN Zvi

Léiomyosarcoma of the rectum developped from
benign leiomyoma.
Annals of Surgery March 1952/vOL. 135 n° 3
p. 426-430.

NORBURY L.E.C.

Proc. Roy. Soc. Med. 1934/27/930.

OBERLING et HUGUENIN

Léiomyosarcome du rectum.
Bull. Ass. Franc. Cancer XIX/1930/p.270.

OPPENHEIM A. and O'BRIEN J.P.

Tumors rare anales, rectales et périrectales
palpables par le T.R. in the American Journal
of Surgery - Février 1950/p. 302.311.

OSMOND Jr J.D. and MAUTZ F.R.

Léiomyosarcoma of the rectum (1 cas)
The American Journal of Roentgenology, Radiumthe-
rapy and nuclear Medicine - Nov. 1955 - n° 5 -
Vol74.

POIRIER Adrien A.

Les fibromes, fibromyomes et myomes du rectum
Thèse de Paris n° 183-1933.

RACHET, BUSSON, DEBRAY

Maladies de l'intestin et du péritoine.
Flammarion.

RANKIN, BARGEN et BUIE

The colon, rectum and anus.
W.B. Saunderz and Co - London 1934

RANKIN F.W. et LARSON L.M.

Myosarcoma of the rectum.
Minéssota Med. 1932/15/833.835.

REBELL F.G. et HIATT N. cités par Sanger

Amer. J. Surg. 1954/88/746.

ROUSSY, LEROUX et OBERLING

Précis d'anatomopathologie
Masson et Cie 1950 p. 1035

ROUX G., NEGRE E. et MIMRAN R.

Montpellier Chirurgical 1956/11/134-136.

SANGER B.J. et LECKIE B.D.

Tumeurs purement musculaires du rectum
The British Journal of Surgery - Septembre 1959
p. 196.198.

STEWART M.J.

Relation of malignant to benign tumors of the
intestinal tract.
British M.J. 1929/2/567.

STOLLER R. and WEINSTEIN J.J.

Surgery 1956/39/565.573

SWARTZLANDER F.C., JACKMAN R.J. and DOCKERTY M.B.

Nodules sous muqueux rectaux.
The american Journal of Surgery Nov. 1956
p. 657-665.

TEDENAT E.

Tumeurs du rectum.
Montpellier Medical 1885 t. IV p. 226.

THOMPSON Jr J.W.

Sarcoma of rectum.
Proc. Staff Meetings Mayo Clinic 1927/2/240.241

WEEKS J.H.

Sarcome du rectum : un cas - Revue de Littérature - Surg. Gyn. and Obst. XLIV Avril 1927
p. 478.482.

WESTERMAK

Myoma Recti.
Zentr. G. Gynäk. 1896 n° 12 p. 1-9.

TABLE DES MATIERES

- Observation originale.

- Introduction.

Historique

1/ Fréquence

2/ Age, sexe et race

3/ Causes de prédisposition

4/ Sièges

5/ Morphologie

6/ Formes anatomo-pathologiques

A/ Macroscopiquement

B/ Microscopiquement

7/ Histopathogénie

8/ Modification de calibre de l'intestin.

9/ Invasion des tissus et organes voisins.

10/ Invasion ganglionnaire et générale.

11/ Evolution et symptômes

12/ Diagnostic

13/ Le traitement et les résultats

- Les tumeurs bénignes

- Les tumeurs malignes.

- Conclusions

- Bibliographie.
